Microlog Microfiche Collection
Resolution Chart

Copyright

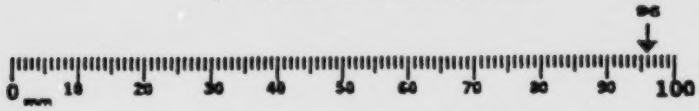
Copyright for the *contents* of this microfiche is held by the publisher of the original document. Please contact the original publisher for guidance in all copyright matters. Copyright in this *microfiche edition* is held by Micromedia Limited.

Quality of the Microfiche Reproduction

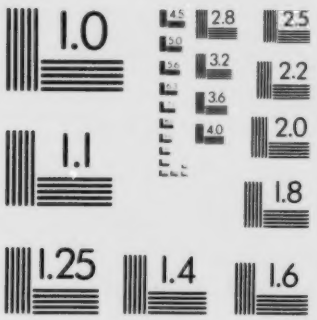
Micromedia Limited maintains the highest standards for micrographic reproduction. Attempts are made to obtain the best quality print version to microfilm. However, there are some printing styles, colours and graphic layout styles (including maps, graphs and tables) which do not reproduce well. Because of the value of the original document, Micromedia has filmed it recognizing that it may not be as easy to read as the original document.

Some pages have been filmed twice to improve the clarity of the reproduction. Consult both reproductions to ensure that all of the original text is read.

Microcopy Resolution Test Chart
National Bureau of Standards
Standard Reference Material 1010a
(ANSI and ISO Test Chart No. 2)



PM-1 3½"x4" PHOTOGRAPHIC MICROCOPY TARGET
NBS 1010a ANSI/ISO #2 EQUIVALENT



MS109

NATIONAL MICROGRAPHICS ASSOCIATION

24x

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street, Toronto, ON M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161

Collection MICROLOG sur Micromédia
Tableau de résolution

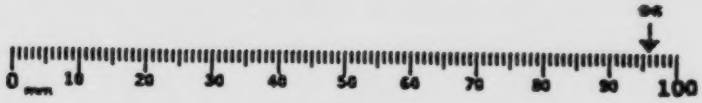
Droits d'auteurs

Les droits d'auteurs du conenu de cette microfiche sont détenus par l'éditeur du document original. Veuillez communiquer avec celui-ci pour obtenir des renseignements sur tout ce qui touche les droits d'auteurs. Les droits d'auteurs de cette édition sur microfiche sont détenus par Micromédia Limitée.

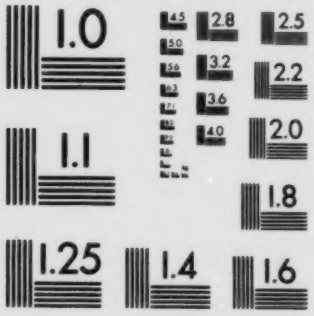
Qualité de reproduction sur microfiche

Micromédia Limitée maintient les normes de reproduction micrographique les plus élevées. Elle fait tout son possible pour obtenir la version sur papier à reproduire sur microfiche de la meilleure qualité possible. Cependant, certains styles d'imprimerie, de couleurs et de style de mise en page graphique (incluant des cartes, des grahiques et des tableaux) se reproduisent mal. En raison de la valeur du document original, Micromédia l'a reproduit tout en reconnaissant qu'il ne sera peut-être pas aussi lisable que le document original.

Tableau de résolution micrographique
National Bureau of Standards
Standard Reference Material 1010a
(ANSI and ISO Test Chart No. 2)



PM-1 3½"x4" PHOTOGRAPHIC MICROCOPY TARGET
NBS 1010a ANSI/ISO #2 EQUIVALENT



MS109

24x

NATIONAL MICROGRAPHICS ASSOCIATION

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street, Toronto, ON M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161

POUR UNE SOCIÉTÉ QUI VIEILLIT EN SANTÉ
UNE APPROCHE AXÉE SUR L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

RAPPORT PRÉPARÉ POUR
LA DIVISION DU VIEILLISSEMENT ET DES AÎNÉS
SANTÉ CANADA

PAR LINDA MACLEOD AND ASSOCIATES

1997

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.
Santé Canada

Division du vieillissement et des aînés
Santé Canada
Localisateur d'adresse 4203A
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
Tél. : (613) 952-7606
Téléc. : (613) 957-7627
Courrier électronique : seniors@inet.hwc.ca
Internet : http://www.hwc.ca/datahpsb/seniors/index.htm

Préparé par Linda MacLeod and Associates pour la Division du vieillissement et des aînés.

Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteures et ne correspondent pas nécessairement au point de vue officiel de Santé Canada.

La reproduction de ce document est autorisée à la condition que la source et les auteures soient mentionnées.

This document is also available in English under the title:
Toward Healthy-Aging Communities: A Population Health Approach

101-02139/

TABLE DES MATIÈRES

TITRE		PAGE
SOMMAIRE		i
I.	**INTRODUCTION : UNE ÉPOQUE DE CHANGEMENTS ET DE DÉFIS**	1
	Le défi d'une société vieillissante à une époque où les ressources sont réduites	1
	Réorientation des politiques : bref historique du programme Nouveaux Horizons	1
II.	**LE BUT ET L'OPTIQUE DU PRÉSENT RAPPORT**	3
	Pourquoi ce rapport est-il nécessaire?	3
	Le but du rapport	4
	À qui s'adresse ce rapport?	5
	Comment a-t-on recueilli les renseignements ayant servi à la rédaction du présent rapport?	6
	Ce que ce rapport ne fait pas	7
III.	**QU'ENTEND-ON PAR APPROCHE AXÉE SUR L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET POURQUOI AVONS-NOUS UTILISÉ CETTE APPROCHE?**	7
	Qu'entend-on par « amélioration de la santé de la population »?	7
	De quels principaux déterminants de la santé est-il question dans cette approche?	8

TABLE DES MATIÈRES

TITRE		PAGE
	Quelles sont les principales stratégies de promotion de la santé utilisées dans cette approche?	9
	Pourquoi ce rapport est-il structuré en fonction d'une approche axée sur l'amélioration de la santé de la population?	10
IV.	**QU'AVONS-NOUS APPRIS DE CES PROJETS?**	12
	Quelles connaissances pratiques avons-nous acquises en ce qui concerne les déterminants de la santé?	13
	A. Le revenu et la situation sociale	13
	B. Les réseaux de soutien social	16
	C. Le niveau d'instruction	21
	D. L'emploi et les conditions de travail	25
	E. Les environnements sociaux	26
	F. Les environnements physiques	29
	G. Le patrimoine biologique et génétique	31
	H. Les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelles	31
	I. Le développement sain dans l'enfance	35
	J. Les services de santé	36
	K. Le sexe	40
	L. La culture	43

TABLE DES MATIÈRES

TITRE **PAGE**

Quelles connaissances pratiques avons-nous acquises en ce qui concerne les stratégies de promotion de la santé? Quels outils et ressources ont été produits pour venir en aide aux collectivités? 44

A. Comment pouvons-nous le mieux nous attaquer aux facteurs qui rendent les aînés particulièrement vulnérables aux affections chroniques, aux traumatismes et à la maladie? 44

- La prévention en général 44
- Affections chroniques 48
- Blessures/Accidents 51
- Mauvais traitements 53
- Maladie 56

B. Comment pouvons-nous doter les systèmes de santé et de services sociaux, les collectivités et les réseaux de soutien personnel des moyens nécessaires pour leur permettre de répondre aux besoins des aînés? 57

- Doter les systèmes de santé et de soutien social des moyens de répondre aux besoins des aînés 57
- Doter les systèmes de santé et de soutien social des moyens de répondre aux besoins des aidants naturels 65

C. Comment pouvons-nous intervenir pour accroître l'autonomie des aînés? 69

- Que faire pour encourager les aînés à prendre part dans l'ensemble aux programmes? 69

TABLE DES MATIÈRES

TITRE			PAGE
		• Quels genres de programmes d'acquisition de compétences et de connaissances pourraient le mieux aider les aînés à devenir autonomes?	74
		• Habitudes de vie personnelles	77
		• Barri res systémiques (par ex.: besoins de logement et de transport)?	78
	D.	Comment pouvons-nous nous attaquer aux problèmes non résolus de politique et de services qui concernent la fin de la vie?	79
		• Soins palliatifs	79
		• Questions juridiques et déontologiques	80
V.	**CONCLUSION**		81
	BIBLIOGRAPHIE		85

On peut obtenir la description des projets analysés pour la préparation du présent rapport en s'adressant à la Division de vieillissement et des aînés de Santé Canada. Dans ce document, chaque projet est décrit dans la langue dans laquelle l'équipe responsable du projet a présenté son rapport.

POUR UNE SOCIÉTÉ QUI VIEILLIT EN SANTÉ
UNE APPROCHE AXÉE SUR L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

SOMMAIRE

Introduction

Les aînés, leurs familles, les décideurs et les fournisseurs de services qui travaillent avec les aînés et pour eux ont de véritables défis à relever à l'approche de la fin du XXe siècle. Les aînés n'ont jamais été aussi présents et actifs dans la société canadienne. Pourtant, à une époque où tant leurs besoins que leur apport actuel et potentiel à la société vont en grandissant, les ressources des programmes conçus à leur intention et, dans bien des cas, leurs ressources financières personnelles vont en diminuant. En outre, les aînés doivent de plus en plus prendre soin d'eux-mêmes ou compter sur leurs aidants naturels pour prendre soin d'eux à une époque où les familles sont plus petites, plus souvent éparpillées géographiquement, et où beaucoup d'adultes dans la fleur de l'âge sont exposés à perdre leur emploi, à voir leur revenu diminuer et à devoir soutenir leurs enfants adultes en chômage. Les travailleurs communautaires, les défenseurs des aînés et les décideurs doivent se colleter avec ces défis pour imaginer une vision pratique, et relativement peu coûteuse, de l'amélioration de la qualité de vie et de la participation des aînés au sein de collectivités qui vieillissent en santé.

Le présent rapport a pour objectif de contribuer à l'élaboration d'une telle vision par la mise en commun des connaissances acquises. Il met en lumière les leçons pratiques tirées de l'examen d'un échantillon des projets financés dans le cadre du programme Nouveaux Horizons - Partenaires des aînés, en utilisant une approche axée sur l'amélioration de la santé de la population. Les auteures du présent rapport ont tiré des enseignements des rapports provisoires et définitifs préparés par les responsables des projets, des outils produits dans le cadre de certains projets et, dans certains cas, d'entretiens avec des responsables des projets. L'ébauche du rapport a en outre été présentée et distribuée lors du forum intitulé «Expérience en action : Forum national pour un vieillissement en santé». Les auteures ont intégré à leur rapport les observations faites par les participants au forum et les remercient d'avoir exprimé leurs points de vue. De là, elles proposent des façons de se servir de ces conclusions pour élaborer une stratégie pratique pour l'avenir qui mette à profit la sagesse et les

habiletés particulières des aînés. Le rapport portera principalement sur ce que ces projets nous enseignent concernant les déterminants du vieillissement en santé et sur les moyens de parer, à l'aide d'approches de promotion de la santé, aux facteurs de vulnérabilité pour les aînés. Cette synthèse a pour but :

- de faciliter la compréhension des leçons tirées de l'examen d'un échantillon de 96 projets financés entre 1991 et 1995 dans le cadre du Programme d'autonomie des aîné(e)s, du programme Alliances pour l'autonomie et du programme Nouveaux Horizons - Partenaires des aînés[i]. (Les projets étudiés ont été sélectionnés avec l'aide des représentants des bureaux national et régionaux de Santé Canada. On s'est efforcé de les sélectionner en fonction de leur représentativité des divers types de projets financés);
- d'encourager la mise en commun des connaissances pratiques acquises et des outils disponibles;
- d'aider les collectivités à continuer d'élaborer des approches créatives, efficaces et relativement peu coûteuses qui mettent à profit les forces, les habiletés et l'apport des aînés;
- d'aider les décideurs et les responsables de la mise en oeuvre des programmes aux niveaux fédéral, provincial, territorial, régional et municipal, dans l'élaboration de stratégies adéquates axées sur l'amélioration de la santé de la population en ce qui a trait au troisième âge.

Quelles connaissances pratiques avons-nous acquises concernant les déterminants de la santé?

La synthèse des conclusions que nous avons tirées concernant les déterminants de la santé révèle qu'il y a un large éventail de facteurs qui contribuent à la bonne santé des aînés ou les placent dans une situation à risque. L'analyse montre en outre que ces déterminants existent rarement isolément. C'est pourquoi il faut trouver des stratégies à volets multiples pour contrer l'effet de facteurs de risque qui sont interdépendants. L'isolement social est probablement le plus omniprésent des facteurs de risque. Il représente une menace directe pour la santé des aînés et il constitue pour eux et pour leurs aidants un obstacle à l'accès à l'information et à l'aide dont ils pourraient avoir besoin. Il n'est pas facile de remédier à l'isolement social, parce qu'il découle de la dévalorisation des aînés dans notre société et d'un certain nombre d'autres facteurs comme la pauvreté, le faible niveau d'instruction, les barrières linguistiques, l'isolement géographique, les mauvaises conditions de logement, les problèmes de transport, le sexe et l'origine culturelle du sujet. Les images négatives

qu'on projette souvent des aînés, combinées à la mise au rancart d'un nombre sans cesse croissant de travailleurs âgés et à l'appauvrissement de plus en plus marqué des aînés, isolent encore davantage les personnes âgées en leur donnant le sentiment d'être inutiles, de ne pas être appréciées à leur juste valeur et de ne rien pouvoir apporter à la société, ce qui ajoute à l'énormité du défi à relever. Les aînés doutent de la pertinence de bon nombre des programmes actuels visant à prévenir l'effet des facteurs de risque ou à contrer les menaces à la santé, comme les programmes d'alphabétisation ou de prévention de la toxicomanie, ou encore les groupes d'aide aux survivants de violence physique, sexuelle ou psychologique, ou aux victimes d'exploitation financière. Il ressort également des projets analysés qu'il est impérieux de reconnaître que les bénévoles qui s'occupent des aînés sont exposés aux mêmes risques que les aînés eux-mêmes et d'en tenir compte dans l'approche globale qu'on voudra bien adopter.

Pour illustrer ces points, nous énumérons ci-après certaines des conclusions précises que nous avons tirées des projets analysés en ce qui concerne les déterminants de la santé.

- La pauvreté amplifie considérablement le risque d'isolement social, de manque d'information et de mauvais état de santé, particulièrement chez les aînés issus de minorités culturelles ou atteints d'incapacités. La pauvreté laisse croire que la participation des aînés à la société est sans valeur. De plus, en raison de leurs maigres ressources, les aînés pauvres ont de la difficulté à payer les frais de transport, les repas et les autres dépenses souvent associées à la participation à des programmes, à des cours ou à d'autres activités. En conséquence, les aînés pauvres ont tendance à mener une vie moins active.

- La pauvreté a un lien avec la faiblesse du niveau d'instruction et les déficiences sur le plan des habiletés, facteurs qui sont eux-mêmes des entraves à la participation.

- La faiblesse des revenus influe également sur la capacité des familles de prendre soin de leurs aînés.

- La réduction des prestations d'assistance sociale et des budgets de programmes contribuent à l'aggravation de ces problèmes chez de nombreux aînés.

- La détérioration des conditions du marché du travail et de l'emploi contribue également à l'augmentation de la pauvreté chez les aînés et leurs aidants naturels.

- L'aggravation de l'insécurité financière et les compressions déstabilisent la situation sociale des aînés, minent leur estime d'eux-mêmes et les portent à éviter de s'engager.

- Les aînés qui sont socialement isolés sont particulièrement exposés à la maladie et aux nombreux facteurs de risque qui menacent leur santé, ce qui limite encore davantage leurs réseaux de soutien social et, souvent, ceux de leurs aidants naturels.

- Les problèmes de transport peuvent constituer, chez les aînés des milieux urbain comme rural, des obstacles majeurs aux contacts sociaux, à des activités récréatives et à une vie active.

- Un grand nombre d'aînés sont isolés du fait qu'ils ne parlent pas le français ou l'anglais ou parce que, leurs origines culturelles étant différentes, les programmes offerts ne leur conviennent pas.

- Les gens qui viennent de subir une épreuve ou un changement majeur dans leur mode de vie se retrouvent souvent dans une situation à risque élevé.

- De plus en plus d'aînés vivent seuls.

- L'analphabétisme ou le faible degré d'instruction ont des conséquences directes sur la santé. Par exemple, ils accroissent le risque d'exploitation financière et contribuent à l'isolement social.

- Les images négatives des aînés laissent croire qu'on ne leur voue pas une très haute estime, contribuent à la ségrégation selon l'âge et mènent à l'établissement de programmes et de services inadéquats à l'intention des aînés.

- De nombreux aînés vivent dans des logements qui ne leur conviennent pas.

- Les familles des aînés et les dispensateurs de services ne reconnaissent souvent pas que les aînés ont des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie ou en minimisent les conséquences, ce qui rend ces aînés encore plus vulnérables.

- On constate d'énormes lacunes chez les dispensateurs de soins à propos de la connaissance des problèmes de toxicomanie et des effets des médicaments d'ordonnance chez les aînés.

- Des soins spécialisés de nature uniquement curative répondent rarement aux besoins des aînés et peuvent mener à la sous-estimation de leurs besoins de soins de longue durée.

- Le manque de connaissances des programmes existants chez les aînés et leurs aidants naturels rend les aînés plus vulnérables.

- La majorité des aînés et des aidants naturels qui se trouvent dans une situation à risque sont des femmes.

Quelles connaissances pratiques avons-nous acquises en ce qui a trait aux stratégies de promotion de la santé?

Les leçons tirées de l'analyse des projets sur la façon de contrer les effets de ces nombreux facteurs de risque interdépendants nous fournissent un ensemble d'indications sur les mesures pratiques à prendre.

- Dans la recherche du mieux-être des aînés, on devrait privilégier des approches qui tiennent compte des besoins psychologiques, physiques et sociaux des aînés et de ceux de leurs aidants.

- Pour bâtir des collectivités qui vieillissent en santé, il est essentiel d'informer et de sensibiliser les aînés, leurs familles, les professionnels de la santé, les autres fournisseurs de services et la population en général à propos des besoins des aînés et de leurs aidants, ainsi qu'au sujet des facteurs de risque auxquels ils sont exposés et des programmes qui leur sont offerts.

- Cette information devrait être communiquée de diverses façons, mais on devrait mettre l'accent sur la mise en commun de l'information au moyen du bouche à oreille, des bulletins paroissiaux, etc.

- Les programmes devraient être adaptés autant aux besoins et à l'apport des aînés qu'à ceux de leurs aidants naturels.

- Tous les programmes à l'intention des aînés devraient prévoir l'accès gratuit ou facile aux moyens de transport.

- Les programmes et les services devraient être adaptés et sensibles aux forces, à la sagesse et aux besoins des aînés et des aidants peu instruits.

- Les programmes et les services devraient être adaptés et sensibles à la situation réelle, à l'apport et aux besoins des aînés et des aidants issus de cultures différentes ou qui ne parlent ni anglais ni français.

- Les programmes devraient être conçus de façon à les rendre accessibles à ceux dont les capacités sont différentes. Les besoins du nombre croissant d'aînés et d'aidants qui ont des retards de développement méritent une attention particulière.

- L'intervention de pairs pour défendre, informer et aider les aînés, ainsi que de groupes d'entraide et d'assistance mutuelle devrait être au centre d'une stratégie efficace.

- Les programmes de vie active, tels les programmes de jardinage, de danse thérapeutique, d'exercice et de marche, peuvent constituer, pour les aînés de tout âge et de toute capacité, des moyens peu coûteux et agréables d'améliorer leur santé physique et mentale et de participer à la vie en société.

- Bien que les aînés favorisent généralement des programmes de mieux-être qui s'adressent aux gens de tout âge et qui ne les étiquettent pas, il faut mettre en oeuvre des programmes spéciaux de soutien et de thérapie à l'intention des aînés victimes de violence ou de mauvais traitements (depuis qu'ils sont âgés, pendant leur vie de couple ou dans leur enfance), des programmes

d'alphabétisation, des cours d'informatique et des programmes de lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme spécialement conçus pour les aînés.

- Les programmes de formation et de développement d'habiletés devraient favoriser les rapports entre les générations, être intégrés à des activités récréatives ou de loisir, et prendre la forme de brèves séances portant sur un seul problème pratique à la fois. Ainsi, un programme de développement des habiletés pourrait idéalement comporter un « cours » sur l'utilisation des guichets bancaires automatiques et pourrait donner lieu à une brève sortie comprenant un repas au restaurant et une visite à la banque par petits groupes.

- L'embauche d'un aîné-défenseur ou d'un aîné-coordonnateur des activités des aînés dans les ensembles d'habitation et dans les centres pour aînés pourrait faciliter l'accès des aînés à divers programmes dans leur collectivité, réduire leur isolement et permettre d'aborder des problèmes de façon préventive sans qu'il soit nécessaire d'engager de lourdes dépenses.

- La collaboration entre les responsables des divers programmes facilite aux aînés l'accès aux services, diminue le double-emploi et réduit les coûts.

- Des services à domicile seraient bénéfiques pour les aînés et leurs aidants naturels. Il faudrait envisager des moyens de répondre aux besoins particuliers des aidants naturels qui habitent loin des personnes âgées dont ils s'occupent et des dispensateurs de soins qui occupent un emploi à temps plein.

- Les dispensateurs de programmes pourraient accroître la volonté et la capacité des aînés de participer à un programme, en choisissant des heures et jours qui leur conviennent pour la tenue des rencontres, en maintenant un contact régulier par téléphone plutôt que de toujours exiger des rencontres en personne, et en faisant montre de souplesse dans la mise en oeuvre des programmes pour tenir compte, par exemple, des changements qui peuvent survenir dans la situation ou les besoins des participants.

- Le recours à des bénévoles spécialement formés à cette fin pourrait accroître le nombre et l'efficacité des unités de soins palliatifs dans les hôpitaux et les établissements de soins.

En quoi ces constatations peuvent-elles influer sur les futures approches politiques et communautaires axées sur l'émergence de collectivités qui vieillissent en santé?

La liste des constatations présentées sommairement plus haut peut sembler longue, mais ces constatations pointent toutes dans une direction commune, à savoir vers des stratégies qui mettent à profit l'apport des aînés et qui favorisent la collaboration, l'intervention de pairs défenseurs bénévoles, une meilleure connaissance des nombreux facteurs de risque et des moyens d'en atténuer les effets, et l'adoption de mesures préventives souples qui tiennent compte des aspects psychologiques, sociaux et physiques du vieillissement en santé. Bon nombre des programmes les plus efficaces cités dans ce rapport n'ont pas entraîné de dépenses importantes. Peu de projets ont nécessité la création de nouveaux services d'envergure. Beaucoup de ces projets ont permis de relier des services existants et ont donné lieu à la création de programmes faisant appel au bénévolat et à l'embauche d'un coordonnateur. Dans le cadre de certains programmes, on a acheté des accessoires de cuisine ou des appareils d'exercice, qui ont par ailleurs servi à une foule d'activités spontanées suggérées et, dans bien des cas, organisées par les aînés eux-mêmes. Le besoin d'argent pour assumer les coûts de transport est une préoccupation dont ont fait état la plupart des responsables de programmes, mais, en général, il ne s'agissait pas de montants considérables.

Outre ces constatations, les projets mis en lumière dans le présent rapport sont également une source précieuse d'outils de travail et de renseignements. Il semble évident, à partir de ce petit échantillon, qu'avant de produire de nouveaux outils documentaires ou de nouveaux vidéos, on devrait s'enquérir du large éventail de ressources disponibles dans les autres collectivités qui pourraient être utilisées telles quelles ou adaptées.

L'abondance des leçons à tirer, des exemples de collaboration et des manifestations de créativité qui nous est apparue évidente dans les projets que nous avons analysés pour la rédaction du présent rapport constitue une base positive pour la planification future. Les auteures du présent rapport espèrent que ces aperçus concernant les programmes analysés serviront de tremplin au dialogue, à la planification et à la création de collectivités qui vieillissent en santé.

I. INTRODUCTION : UNE ÉPOQUE DE CHANGEMENTS ET DE DÉFIS

Le défi d'une société vieillissante à une époque où les ressources sont réduites

Le Canada, comme société, doit progressivement relever le défi de pouvoir mettre à profit les forces et répondre aux besoins d'une population vieillissante avec des ressources de plus en plus limitées. À l'heure où l'on ferme des hôpitaux, où l'on écourte les séjours à l'hôpital, où l'on diminue les budgets des programmes sociaux et de santé et où l'on compte de plus en plus sur les familles, les voisins et les amis pour apporter des soins aux personnes âgées et pour les aider à prendre soin d'elles-mêmes, les décideurs, les intervenants de première ligne, les professionnels des systèmes de santé et de services sociaux, ainsi que les aînés et leurs familles ont des choix difficiles à faire.

Parallèlement, les aînés n'ont jamais été aussi présents et actifs dans notre société. On prévoit que d'ici l'an 2001, près du quart des Canadiens seront âgés de 60 ans et plus. L'espérance de vie s'accroît sans cesse, et « on estime à juste titre que la majorité des aînés sont en bonne santé, intelligents, actifs, dynamiques et valeureux »[1] [Traduction]. Mais le nombre d'aînés frêles et très âgés augmente également.

Ces tendances nous imposent un défi intimidant. À une époque où les ressources sont réduites, que pouvons-nous faire pour améliorer la santé, le bien-être, la participation et la contribution d'un nombre croissant de gens qui en sont au dernier stade de leur vie et qui ont des besoins très particuliers?

Réorientation des politiques : bref historique du programme Nouveaux Horizons

Le gouvernement fédéral ne s'est pas contenté de réagir; il a pris soin d'adopter une attitude proactive face à ces changements. Dans le cadre du programme Nouveaux

---

[1] Stones, Lee, « Negative stereotypes... how long will they persist? », dans Bien vieillir, bulletin publié conjointement par le CLSC René-Cassin, l'Institut universitaire de gérontologie sociale du Québec et la Fondation pour le bien-vieillir, vol. 3, nº 2, décembre 1996.

Horizons, dont la mise en oeuvre remonte à 1972, il a toujours favorisé le partenariat et l'innovation dans ses efforts pour promouvoir la santé, le bien-être, l'autonomie et la participation des aînés. Ces grands objectifs, établis en 1972, ont été maintenus, mais les priorités du programme ont depuis été réorientées pour tenir compte de l'évolution des besoins et de la situation des personnes âgées.

Entre 1972 et 1988, « grâce aux fonds mis à leur disposition par le biais de ce programme [Nouveaux Horizons], des personnes âgées ont pu organiser et réaliser des activités intéressantes et utiles pour elles-mêmes et pour leur communauté.»[2]

En 1988, dans le cadre d'une stratégie à l'égard des aînés d'une durée de cinq ans, le gouvernement fédéral a augmenté ses contributions au programme Nouveaux Horizons pour que les aînés puissent travailler de concert avec un large éventail d'organisations sans but lucratif à la recherche de formules innovatrices propres à favoriser l'autonomie des personnes âgées et à améliorer leur qualité de vie. Le Programme d'autonomie des aîné(e)s a également vu le jour à cette époque.

En 1993, le gouvernement fédéral a décidé de renouveler cette première stratégie pour une autre période de cinq ans et d'en maintenir le financement. Le nouveau projet conservait les éléments du premier, tout en instaurant le programme Alliances pour l'autonomie. Il favorisait en outre la collaboration entre les aînés et un éventail encore plus large de partenaires, comprenant des groupes sans but lucratif, des entreprises, des syndicats et les gouvernements provinciaux, territoriaux et municipaux. De plus, l'accent était désormais mis sur l'aide aux aînés vulnérables, ceux qui risquaient le plus de faire face à des problèmes de santé, de subir un préjudice ou une perte. Le nouveau programme comportait par ailleurs comme objectif l'élaboration d'une politique fédérale en matière de vieillissement devant déboucher sur un plan global d'action visant à répondre aux préoccupations des aînés et d'une société vieillissante.

En avril 1995, le Programme d'autonomie des aîné(e)s et le programme Alliances pour l'autonomie ont été intégrés au programme Nouveaux Horizons pour former un seul programme de financement appelé Nouveaux Horizons - Partenaires des aînés. Ce nouveau programme intégré avait pour but de « favoriser chez les aînés

---

[2] Santé Canada, « Cadre conceptuel : Nouveaux Horizons - Partenaires des aînés », Ottawa, Canada, juillet 1995, page 3.

et leurs partenaires des actions visant à améliorer la santé des aînés en situation de risque, à contribuer à leur bien-être, à accroître leur autonomie ou à prévenir ces situations de risque. »[3]

Bref, les programmes communautaires établis par Santé Canada à l'intention des aînés contribuent depuis vingt-quatre ans à la promotion de la santé, du bien-être, de l'autonomie et de la participation des aînés au moyen de formules innovatrices et de partenariats. Avec le temps, on a revu et élargi les objectifs des programmes pour :

- mettre à contribution d'autres partenaires;
- mettre l'accent sur l'aide aux aînés qui se trouvent dans une situation à risque, mais également pour reconnaître l'importance de la contribution des personnes âgées à la société;
- intégrer l'approche axée sur les déterminants de la santé;
- reconnaître que, dans l'ensemble du cycle de la vie (y compris l'enfance et la jeunesse, l'âge m r et le troisi me âge), divers facteurs d'ordre social, biologique et économique influent sur la santé, le bien-être et le degré de participation et de vulnérabilité des aînés.

II. LE BUT ET L'OPTIQUE DU PRÉSENT RAPPORT

Pourquoi ce rapport est-il nécessaire?

Le programme Nouveaux Horizons nous a appris beaucoup de choses depuis son lancement en 1972. Toutefois, comme nous l'avons signalé précédemment, il a fallu depuis en modifier les orientations à la lumière des connaissances acquises en cours de route. Pour bien saisir la portée des leçons à tirer de projets qui ont été financés à différentes époques et qui, partant, l'ont été en fonction d'objectifs différents, il est utile de les examiner dans le contexte d'un cadre commun. Le présent rapport a pour mission de regrouper certaines des conclusions tirées récemment de projets qui ont été financés entre 1991 et 1995 et de les examiner dans le contexte d'une approche d'amélioration de la santé de la population tout au long des divers stades du cycle de la vie. En présentant ces conclusions en fonction d'un cadre commun, nous espérons que le présent rapport :

---

[3] Id., page 4.

- facilitera la compréhension des leçons tirées;
- favorisera la mise en commun de l'information concernant les connaissances pratiques acquises et les outils disponibles;
- aidera les collectivités à adopter des mesures efficaces et relativement peu coûteuses qui mettent à profit les forces, les habiletés et l'apport des aînés;
- sera utile aux décideurs et aux concepteurs de programmes aux niveaux fédéral, provincial, territorial, régional et municipal dans l'élaboration de stratégies adéquates axées sur l'amélioration de la santé de la population concernant les probl mes liés au troisi me âge.

Le but du rapport

Le présent rapport vise à mettre en lumière les conclusions pratiques que nous avons tirées de l'examen des projets financés dans le cadre du programme Nouveaux Horizons - Partenaires des aînés et à montrer comment l'examen des constatations peut contribuer à la clarification et à la justification des objectifs et des principes inhérents à une approche axée sur l'amélioration de la santé de la population. Le rapport portera principalement sur ce que nous avons appris concernant les déterminants du vieillissement en santé et proposera des stratégies de promotion de la santé permettant de prévenir les facteurs de risque susceptibles de compromettre le vieillissement en santé. Ce rapport amorcera la mise en commun de l'information et des outils dont nous avons besoin pour franchir cette période de transition.

Dans le présent rapport, on tentera de montrer comment les conclusions tirées de ces projets peuvent nous permettre d'intervenir plus efficacement et à moindre coût en proposant des réponses provisoires et partielles aux questions clés énumérées ci-après :

1. Quels sont les principaux facteurs qui ont une incidence sur la vie active, la santé, le bien-être et la vulnérabilité des aînés?
2. Quels déterminants ont le plus de chance de contribuer à améliorer la santé des aînés et à leur garantir une vie bien remplie?
3. Quand et comment faut-il intervenir sur les déterminants de la santé pour optimiser les bienfaits de l'intervention?
4. Quelles approches sont les plus rentables en cette période de compressions budgétaires?

5. En s'inspirant des leçons tirées du programme Nouveaux Horizons - Partenaires des aînés, quelles mesures devraient maintenant prendre les décideurs et les intervenants communautaires pour réagir efficacement à l'apport, aux besoins et à la situation réelle de ceux qui en sont au dernier stade de leur vie?

Le présent rapport ne peut être qu'un point de départ. C'est à la lumière du dialogue et des opinions qu'il peut susciter qu'émergeront des réponses complètes à ces questions cruciales.

À qui s'adresse ce rapport?

Le présent rapport s'adresse aux nombreuses personnes qui ont participé au programme Nouveaux Horizons - Partenaires des aînés et, plus généralement, à tous ceux qui travaillent à la construction d'une société qui valorise l'apport des personnes âgées, notamment :

- aux décideurs aux niveaux national, provincial, territorial et local;
- aux organismes non gouvernementaux d'aînés oeuvrant au niveau communautaire ou national;
- aux organismes des secteurs de la santé et des services sociaux qui fournissent des services aux aînés;
- aux professionnels, notamment à ceux du secteur de la santé, qui s'intéressent aux problèmes des aînés;
- aux associations médicales ou autres oeuvrant dans le domaine de la santé;
- aux représentants des gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux;
- aux chercheurs;
- à toute autre personne ayant à coeur de promouvoir la participation active des aînés dans le contexte d'une société vieillissante.

Comment a-t-on recueilli les renseignements ayant servi à la rédaction de ce rapport?

Les renseignements contenus dans ce rapport proviennent principalement de l'examen d'un échantillon de projets qui ont été financés entre 1991 et 1996 par Santé Canada, dans le cadre du Programme d'autonomie des aîné(e)s, du programme

Alliances pour l'autonomie et du programme Nouveaux Horizons - Partenaires des aînés. Quatre-vingt-seize projets, parmi les 2 330 projets financés d'avril 1991 à mars 1996, ont été sélectionnés conjointement par des représentants des bureaux régionaux et national du programme Nouveaux Horizons - Partenaires des aînés de Santé Canada.

Les projets ont été sélectionnés en fonction de leur valeur d'illustration des nombreux types de projets qui ont été financés dans toutes les régions du Canada. Compte tenu de la diversité des projets financés et de leur nombre, la sélection n'a pas été facile, et on aurait absolument tort de croire que les 2 318 autres projets sont moins instructifs ou excellents que ceux qui ont été retenus. Les consultants ont examiné les rapports provisoires et définitifs, ainsi que les outils produits qui leur ont été remis dans le cadre des projets financés. Chaque document a été analysé sous l'angle de l'amélioration de la santé de la population. Ainsi, les auteures ont tenté de repérer les renseignements susceptibles de clarifier la façon dont les différents déterminants de la santé énumérés à la page 8 influent sur la santé des aînés. Elles ont également essayé de tirer des leçons de ces projets quant à la meilleure façon de mettre en place des stratégies de promotion de la santé auprès des aînés. Dans certains cas, elles ont également communiqué par téléphone avec les responsables des projets pour compléter les renseignements qui leur avaient été transmis et pour enrichir leur analyse. Étant donné que les auteures du présent rapport entendaient produire une synthèse des conclusions qui étaient ressorties d'un échantillon de projets et qu'il est souvent difficile pour les responsables d'un projet d'en tirer des conclusions lorsque le projet est encore en voie de réalisation, on a surtout retenu des projets qui étaient terminés ou presque. C'est pourquoi les projets qui font l'objet d'une analyse dans le présent rapport ont pour la plupart été réalisés entre 1991 et 1995. Les auteures du rapport espèrent que les responsables de projets plus récents prendront soin, après avoir lu le présent document, de faire part aux fonctionnaires de la Division du vieillissement et des aînés des aspects de leurs projets qui ajoutent aux observations dont il est sommairement fait état dans ce rapport. Le présent rapport a aussi été présenté et distribué lors du forum intitulé «Expérience en action : Forum national pour un vieillissement en santé». Les auteures ont intégré à leur rapport les observations et les points de vue des participants au forum.

Ce que ce rapport ne fait pas

Ce rapport n'est pas un rapport d'évaluation. On n'a en aucune manière tenté d'évaluer les projets retenus pour cette analyse, bien que, pour certains projets, nous nous soyons servis des rapports d'évaluation existants pour la préparation de notre rapport.

Étant donné que tous les projets examinés n'avaient pas déjà été évalués, le lecteur gardera également à l'esprit que certaines des constatations figurant dans la présente synthèse se limitent au compte rendu d'anecdotes ou de réflexions formulées spontanément par des participants aux programmes ou projets en question et ont pu faire l'objet d'une interprétation libre de la part des auteures du présent rapport. Parmi les nombreuses observations ou conclusions énoncées concernant les 96 projets analysés, les auteures ont généralement retenu celles qui étaient revenues à propos de plus d'un projet. Dans les rares cas où elles ont dérogé à cette règle, il s'agissait de projets qui, de par leur nature, se distinguaient nettement des autres. En l'occurrence, elles ont jugé que les leçons qu'on pouvait en tirer contribueraient à éclairer et à enrichir leur analyse.

III. QU'ENTEND-ON PAR APPROCHE AXÉE SUR L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET POURQUOI AVONS-NOUS UTILISÉ CETTE APPROCHE?

Qu'entend-on par « amélioration de la santé de la population »?

« Le terme santé de la population englobe l'éventail complexe de conditions et de facteurs individuels et collectifs, et leur interaction, qui déterminent la santé et le bien-être des Canadiens. »[4] En axant l'analyse sur les déterminants de la santé, il est possible d'établir, à partir de l'observation des faits rapportés, quelles sont les conditions qui influent sur la santé. Il est également possible d'élaborer des stratégies fondées sur l'évaluation des facteurs de risque qui compromettent la santé et sur la compréhension des facteurs sociaux et économiques propres à l'améliorer. Ainsi, les

---

[4] Division du vieillissement et des aînés, Direction de la santé de la population, Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, Santé Canada, « Les facteurs déterminants du vieillissement en santé : Document de travail », octobre 1996, page 5.

gouvernements, les groupes professionnels et les organismes communautaires peuvent, à partir des expériences et des réalisations passées, établir où il serait le plus indiqué d'investir pour influer sur les facteurs qui déterminent la santé.

Dans le présent document, nous utiliserons, pour parler de la santé, la définition qui a été retenue dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Dans cette définition, la santé est décrite comme une « richesse de la vie quotidienne... un concept positif dont l'actualisation dépend autant des ressources sociales et personnelles que des capacités physiques. »[5]

De quels principaux déterminants de la santé est-il question dans cette approche?

Les déterminants de la santé énumérés ci-après seront examinés dans le présent document :

- le revenu et la situation sociale;
- les réseaux de soutien social;
- le niveau d'instruction;
- l'emploi et les conditions de travail;
- les environnements sociaux;
- les environnements physiques;
- le patrimoine biologique et génétique;
- les habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles;
- le développement sain dans l'enfance;
- les services de santé;
- le sexe;
- la culture.

Cette liste de déterminants de la santé a été établie par Santé Canada à partir d'une liste préparée en 1994 par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et approuvée par les ministres fédéral, provinciaux et

---

[5] L'Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada, et l'Association canadienne pour la santé publique, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Ottawa (Ontario), 1986, page 1.

territoriaux de la Santé. Les auteures du présent rapport résumeront, à propos de chacun des déterminants de la santé au dernier stade de la vie, les conclusions qui ont été tirées des projets analysés. Les auteures souligneront également ce qu'on n'a pas réussi à savoir à propos de ces déterminants de la santé.

Quelles sont les principales stratégies de promotion de la santé utilisés dans cette approche?

Pour refléter les priorités établies par Santé Canada concernant le troisième âge dans son approche axée sur l'amélioration de la santé de la population,[6] nous tenterons, à l'aide des conclusions tirées des projets analysés, de répondre à quatre grandes questions concernant la promotion de la santé.

- Comment pouvons-nous le mieux nous attaquer aux facteurs qui rendent les aînés particulièrement vulnérables aux affections chroniques, aux blessures et à la maladie?

- Comment pouvons-nous doter les systèmes de santé et de services sociaux, les collectivités et les réseaux de soutien personnel des moyens nécessaires pour leur permettre de répondre aux besoins des aînés en matière de santé?

- Comment pouvons-nous intervenir pour accroître l'autonomie des aînés?

- Comment pouvons-nous régler les problèmes non résolus de politique et de services concernant la fin de la vie?

Pourquoi ce rapport est-il structuré en fonction d'une approche axée sur l'amélioration de la santé de la population?

Ces dernières années, le concept de santé de la population a joué un rôle de catalyseur dans les efforts de concertation des gouvernements fédéral, provinciaux et

---

[6] Division du vieillissement et des aînés, Direction de la santé de la population, Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, « Les facteurs déterminants du vieillissement en santé », Ottawa (Canada), octobre 1996, pages 7 à 10.

territoriaux en vue de l'adoption éventuelle d'une nouvelle approche en matière de santé. À titre d'exemples, mentionnons le document intitulé *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*, produit en 1994 par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, ainsi que le document intitulé *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes* préparé par le même comité en vue de la rencontre des ministres de la Santé à Toronto en septembre 1996. Ces deux rapports reposent sur une approche axée sur l'amélioration de la santé de la population.

À une époque où les ressources sont de plus en plus limitées et où des décisions difficiles doivent être prises, la mise en oeuvre des changements que comportera implicitement l'adoption d'une approche axée sur l'amélioration de la santé de la population exigera davantage de souplesse, de collaboration et de rigueur administrative si l'on veut être en mesure de répondre aux nouveaux besoins de services de santé d'une population de plus en plus diversifiée et vieillissante. Dans les paragraphes qui suivent, nous avons énuméré quelques-uns des principes sur lesquels devront reposer les changements d'optique inhérents à cette approche.

1. Des changements doivent être apportés à bien des niveaux.

Une approche axée sur l'amélioration de la santé de la population repose sur le principe selon lequel ce ne sont pas uniquement les personnes, les familles ou les collectivités qui doivent changer leurs attitudes, mais également les réseaux (de santé, de services sociaux, d'éducation ou de justice), les secteurs (gouvernemental et bénévole) et la société dans son ensemble.

2. Les changements doivent tendre à prévenir et à contrer les nombreux facteurs qui contribuent à rendre les aînés particulièrement vulnérables.

Cette approche, en groupant par catégories les déterminants de la santé, reconnaît l'importance des facteurs de risque tant internes qu'externes.

3. Les changements doivent permettre d'atténuer les iniquités.

Une approche axée sur la promotion de la santé doit comporter un examen attentif des déterminants de la santé relatifs au revenu, à l'emploi, à la situation

sociale, au sexe et aux possibilités d'accès aux services, de même qu'au patrimoine génétique et biologique.

4. Pour être efficaces, les approches doivent être adaptées aux diverses cultures.

Étant holistique par définition, une approche axée sur l'amélioration de la santé de la population sera nécessairement porteuse d'unité et permettra d'apporter des solutions créatrices valables pour toutes les cultures.

5. Une approche axée sur l'amélioration de la santé de la population doit reposer sur l'action communautaire.

Pour faire plein usage de l'expertise locale et de l'enracinement profond des soins de santé dans la collectivité, il est essentiel de privilégier l'action communautaire. De plus, une telle approche met à profit la diversité canadienne.

6. Une approche axée sur l'amélioration de la santé de la population doit promouvoir la responsabilisation des intervenants sociaux et économiques et l'économie des ressources.

Une approche axée sur l'amélioration de la santé de la population doit comporter l'examen des divers facteurs qui influent sur la santé et chercher à faire entrer en jeu ceux qui peuvent contribuer à la qualité de vie, au bien-être général des personnes et les inciter à la participation. Une telle approche facilite l'évaluation des avantages sociaux et financiers des programmes par rapport à leur coût, en identifiant une multitude de facteurs qui peuvent entrer en ligne de compte, qu'on peut évaluer et sur lesquels on peut influer. Une telle approche aide à mesurer l'importance relative des divers déterminants de la santé ainsi que l'efficacité des différentes stratégies de promotion de la santé. Elle permettra de ce fait à tous les intervenants de mettre au point des indicateurs d'imputabilité sociale et économique dans leurs efforts pour promouvoir la dignité, l'autonomie, l'équité, la participation et la sécurité des aînés et des aidants naturels de tout le Canada. Elle privilégie également une conception de la responsabilisation défavorable à la fragmentation des services et favorable à une vision plus globale de la qualité de vie et de la santé des aînés et de leurs aidants.

7. Une approche axée sur l'amélioration de la santé de la population doit tendre à l'adoption d'une vision nouvelle et positive.

Une approche axée sur l'amélioration de la santé de la population doit permettre d'explorer les moyens d'améliorer la santé aux divers stades du cycle de la vie, de reconnaître la participation des aînés et de leur en inculquer le goût. Elle nous met tous au défi de garantir aux aînés une vie agréable et bien remplie. Elle nous incite à reconnaître et à employer la sagesse et les habiletés des aînés pour améliorer la qualité de vie des aînés et de la population en général.

IV. CE QUE L'ANALYSE DE CES PROJETS NOUS A APPRIS

Les principales constatations et conclusions qui sont ressorties des projets analysés seront présentées sommairement, dans cette section du rapport, dans le contexte de l'approche axée sur l'amélioration de la santé de la population que nous avons décrite précédemment. On y citera des extraits des rapports qui ont été produits sur les divers projets que nous avons examinés. Pour éviter d'alourdir indûment la lecture du rapport, ces références ne feront pas l'objet de notes en bas de page. Nous indiquerons plutôt, dans le corps du texte, le titre et la page du rapport d'où les citations ont été tirées, ou encore le nom de l'organisme parrain du projet. Pour de plus amples renseignements ou pour une brève description des projets cités, veuillez communiquer avec la Division du vieillissement et des aînés de Santé Canada. Les titres de tous les documents utilisés dans l'analyse préparatoire au présent rapport figurent dans la bibliographie.

Nous vous prions de noter que, dans bien des cas, des constatations semblables ou similaires ont émané de nombreux projets. Dans le but de faciliter au maximum la lecture de ce rapport, on n'a fait référence qu'à un ou deux projets pour chaque constatation ou conclusion mentionnée. Les références retenues n'ont qu'une valeur d'exemple. Les auteures du rapport ont essayé de faire mention du plus grand nombre possible de projets parmi ceux qu'ils ont analysés. C'est toutefois à elles seules qu'il faudrait donner le blâme si jamais on trouvait qu'on a trop peu fait état de certains projets.

Quelles connaissances pratiques avons-nous acquises concernant les déterminants de la santé?

A. Le revenu et la situation sociale

Constatations

i. *La pauvreté amplifie considérablement le risque d'isolement social, de manque d'information, et de piètre état de santé, particulièrement chez les aînés faisant partie de groupes culturels minoritaires et chez ceux souffrant d'incapacités. La pauvreté laisse croire que les aînés ne sont pas appréciés à leur juste valeur dans la société.*

Bien que l'examen de la composante revenu et situation sociale n'ait été l'objet principal d'aucun des projets analysés, les liens entre la pauvreté, l'isolement social et le manque d'information, d'une part, et la santé, d'autre part, ont été maintes fois mentionnés. Comme le signalent les auteurs du rapport «Evaluation of the Cooperative Action Program» de St. John's (Terre-Neuve), « les personnes placées dans des conditions financières difficiles sont souvent plus que les autres vulnérables et isolées des réseaux ou des cercles de gens qui savent où trouver l'information ». [Traduction] (p. 19) À Saint-Jérôme (Québec), une étude a révélé que la moitié des aînés démunis ont peu de contacts avec leur entourage ou ne reçoivent pas suffisamment de soutien communautaire, et qu'ils se sentent inutiles, seuls, dépendants ou dépressifs. Souvent, ces sentiments les amènent à faire un usage excessif de médicaments. L'étude a également révélé que 40 p. cent des aînés défavorisés vivent seuls. (Centre de recherche du diocèse de Saint-Jérôme, 1996, rapport final, p. 6)

Ces liens sont particulièrement marqués chez les aînés autochtones ou appartenant à des minorités culturelles et chez ceux souffrant d'incapacités. Le Native Seniors Centre d'Edmonton fait remarquer que la pauvreté est l'un des principaux facteurs de mauvaise santé chez les aînés autochtones, et que « de nombreux autochtones âgés n'ont connu dans leur vie que des bas revenus, des emplois sporadiques et du chômage, et n'ont pratiquement jamais pu contribuer à un régime de pension ou accumuler des épargnes. Les conséquences d'une telle superposition de facteurs négatifs ne peuvent que s'aggraver avec l'âge.» [Traduction] (Native Seniors Centre, 1996) Dans le cadre de ce projet, on a également constaté que les aînés

autochtones présentent généralement un risque élevé de malnutrition, souvent parce qu'ils n'ont pas les moyens de s'acheter de la nourriture. L'organisme Windsor Community Living Support Services a constaté que, pour bien des adultes âgés souffrant d'un retard de développement en plus de vivre dans la pauvreté, il est particulièrement difficile de faire des choix de vie, de se préparer à la retraite et de s'intégrer au milieu des aînés. Il s'agit la plupart du temps d'aînés qui n'ont touché que de maigres revenus pendant toute leur vie adulte et qui n'ont pas pu contribuer à un régime de retraite. Même ceux qui ont pu compter sur l'aide de membres de leur famille pour prendre soin d'eux dans le passé risquent de se retrouver éventuellement mal pris, car, une fois leurs proches disparus, ils n'ont souvent que l'aide sociale comme ressource, et ce ne sont pas tous les centres de soins de longue durée qui acceptent des personnes âgées déficientes intellectuellement ou lourdement handicapées. (Windsor Community Living Support Services, 1996)

ii. *La pauvreté a un lien avec la faiblesse du niveau d'instruction et les déficiences d'habiletés, qui sont elles-mêmes des entraves à la socialisation des aînés.*

La Meadowcroft Housing Corporation estime que s'il lui est difficile d'amener les aînés à faire partie de son Comité de « mieux-être », « c'est que ces aînés ont toujours vécu dans des conditions défavorables, n'ayant pas eu la chance de s'instruire et d'acquérir les habiletés propres à les rendre confiants de pouvoir jouer des rôles de premier plan. » [Traduction] En d'autres termes, la pauvreté et une instruction limitée portent souvent les autres personnes à dévaloriser les aînés, ce qui mine leur estime de soi et les incite à croire qu'ils ne sont pas capables de relever de nouveaux défis. (Meadowcroft Tenants Association, 1995, p. 18)

iii. *Les familles à faible revenu sont d'ailleurs moins en mesure que les autres familles de prendre soin de leurs aînés.*

Pour une famille à faible revenu, la prise en charge d'aînés représente un fardeau supplémentaire. Étant donné que les familles sont de plus en plus contraintes de prendre soin de leurs aînés, souvent sans obtenir le soutien nécessaire des organismes de soutien social, les inégalités sociales se répercutent sur la qualité des soins dispensés. Tous les professionnels de la santé qui ont été interrogés dans le cadre de l'étude The Sandwich Generation Needs Assessment se sont dits d'avis que les handicaps sociaux, tels la pauvreté et l'analphabétisme, rendent les aidants moins

aptes à procurer des soins adéquats aux aînés. (The Sandwich Generation Coalition, 1994) Dans certaines familles, on compte sur le maigre revenu des aînés pour joindre les deux bouts. Chez les Autochtones, par exemple, le revenu fixe que touchent la plupart des Anciens doit parfois servir à répondre aux besoins de leurs enfants et petits-enfants, s'ils vivent dans une famille élargie dont les ressources sont très minces. (Seniors' Education centre, University of Regina, 1994)

iv. *La diminution des prestations d'aide sociale et des budgets de programmes aggrave ces problèmes.*

« Un certain nombre d'aînés signalent que les restrictions budgétaires les obligent déjà à se priver du nécessaire. La hausse de certains frais et l'abolition des allocations pour soins de santé, médicaments d'ordonnance, lunettes, impôts fonciers, etc. causent des problèmes financiers à beaucoup d'aînés dont le revenu est fixe. Certains d'entre eux ont de la difficulté à payer leur loyer ou l'épicerie. D'aucuns ne quittent pratiquement plus leur logis parce qu'ils n'ont même pas les moyens d'utiliser les transports subventionnés. » [Traduction] (Citizen Advocacy Society de Lethbridge, 1994, p. 30)

v. *La détérioration des conditions du marché du travail et de l'emploi contribue également à l'accroissement de la pauvreté chez les aînés et leurs aidants naturels.*

Les pertes de revenu découlant des licenciements, des mises à la retraite forcées et de la diminution des prestations de retraite ou de sécurité sociale appauvrissent les aînés et les placent dans l'incertitude, et cette situation ira probablement en s'aggravant. (Alberta Centre for Well-Being, 1995, p. 9)

vi. *L'aggravation de l'insécurité financière et les compressions déstabilisent la situation sociale des aînés et minent leur estime d'eux-mêmes.*

De nombreux aînés perçoivent les compressions comme une attaque directe à leur dignité et à leur valeur dans la société. Le projet Women's Health Clinic à Winnipeg a révélé que les femmes d'un certain âge qui veulent conserver leur emploi après l'âge de 55 ans ou qui essaient de réintégrer le marché du travail rémunéré subissent des pressions pour laisser la place aux jeunes. (Projet Winnipeg Women's Health Clinic, 1993.) Lethbridge (Alberta), une dame a mentionné avec beaucoup

d'émotion, à l'occasion d'une enquête visant à évaluer les besoins des aînés, que les personnes âgées étaient mises au rancart et traitées injustement. On les blâme, a-t-elle ajouté, pour les dépenses excessives des gouvernements, ce qui leur fait craindre l'avenir. Elle a dit en connaître un bon nombre qui se sentent déprimées et qui appréhendent de devenir un fardeau pour la société. Elle craint que si les personnes âgées continuent de se sentir traitées comme des boucs émissaires un nombre croissant d'entre elles aillent jusqu'à s'enlever la vie. (Citizen Advocacy Society de Lethbridge, 1994, p. 30) Dans bien des cas, ces impressions négatives s'ajoutent aux sentiments d'infériorité et de vide qu'éprouvent souvent les retraités.

B. **Les réseaux de soutien social**

Constatations

i. *Les aînés socialement isolés sont particulièrement exposés à la maladie et à des facteurs de risque qui menacent leur santé, ce qui limite encore davantage leurs réseaux de soutien social et, souvent, ceux de leurs aidants naturels.*

À l'occasion de visites de porte à porte effectuées dans le cadre d'une étude visant à aller au-devant des aînés vivant dans l'isolement, une infirmière diplômée a trouvé des gens âgés aux prises avec toutes sortes de problèmes, « des aînés dont le cas aurait dû faire l'objet d'une évaluation, qui n'étaient pas en mesure de s'occuper d'eux-mêmes, qui souffraient de confusion, de perte de mémoire, de solitude et d'isolement, qui avaient de la difficulté à se déplacer, qui avaient de graves problèmes respiratoires, dont la mobilité était réduite en raison de troubles visuels ou de cécité, qui souffraient de maladies généralisées, qui étaient paralysés par la timidité, qui devaient compter sur d'autres locataires pour préparer leurs repas, prendre soin d'eux et leur tenir compagnie ou qui étaient dépendants de leur conjoint au point de le limiter considérablement dans sa vie active, qui étaient dépressifs, qui avaient de la difficulté à communiquer à cause de barrières linguistiques, etc. » [Traduction] (Meadowcroft Tenants Association, 1995, p. 5) De plus, l'isolement peut augmenter le risque de mauvais traitements infligés aux personnes âgées. (Gerontology Association of Nova Scotia, 1995, p. 21.)

ii. *Le seul fait qu'un aîné vive à proximité de membres de sa famille ne signifie pas nécessairement qu'il reçoit le soutien social dont il a besoin.*

D'après une étude menée à West Prince (Île-du-Prince-Édouard), un grand nombre d'aînés vivent tout près de membres de leur famille sans pour autant les voir quotidiennement.

iii. *Les problèmes de transport peuvent constituer pour les aînés des milieux urbain et rural des obstacles majeurs à l'établissement de contacts sociaux et à l a participation à des activités récréatives ou autres.*

Un certain nombre des projets examinés ont fait ressortir l'importance de faciliter l'accès aux moyens de transport afin de diminuer l'isolement social et de favoriser l'établissement de réseaux de soutien social. Par exemple, d'après une étude effectuée par le Partners in Action Committee, plus de la moitié des participants à l'étude en question n'avaient jamais, ou presque, pris part à des activités sociales, fêtes communautaires, sorties au restaurant ou visites chez des amis. Les problèmes de transport, le piètre état de santé ou le manque de motivation sont autant de facteurs qui ont été mentionnés comme expliquant cette absence de participation. Cette même étude a permis de constater que les problèmes de transport sont particulièrement aigus chez les femmes qui ne savent pas conduire ou qui n'ont pas le droit de le faire et qui doivent compter sur des époux d'âge avancé pour les mener à des activités. Beaucoup de femmes qui n'ont jamais conduit une voiture de leur vie, même veuves, n'ont pas suffisamment confiance en elles pour apprendre à conduire ou n'ont pas les moyens d'avoir une voiture. Dans le cas des aînés vivant en milieu rural, les problèmes de transport peuvent être d'autant plus graves que les distances à parcourir pour participer à des programmes ou à des activités y sont généralement plus grandes et que les moyens de transport public y sont encore plus limités, voire inexistants. Chez les Autochtones, le manque de transport et d'argent est un obstacle majeur pour les Anciens désireux de profiter des services et programmes offerts. Même si les frais de participation à des activités leur sont remboursés, les Anciens n'ont pas nécessairement les moyens d'avancer la somme. (Seniors' Education Centre, University of Regina, 1994)

iv. *Les exigences des soins prodigués aux aînés peuvent mener à l'isolement total non seulement des aînés eux-mêmes, mais également de leurs aidants. Il est donc essentiel, pour atténuer ce risque, qu'il y ait des réseaux de soutien social à la disposition des aînés et des aidants.*

Un examen de la documentation pertinente ainsi que la tenue de nombreuses rencontres avec les responsables d'organismes de services et de clubs d'âge d'or et avec les aînés eux-mêmes ont révélé que les facteurs suivants contribuent à l'isolement des aînés : les changements de mentalité; les incapacités; le manque de moyens de transport adaptés; les troubles de santé; les contraintes financières; les mauvais traitements infligés aux personnes âgées; les changements dans les rôles; les difficultés à communiquer et à établir des liens avec autrui. (Saskatoon Council on Aging, 1995)

v. *Le fait qu'un aîné soit confiné chez lui peut l'empêcher de profiter de services et de programmes éducatifs qui pourraient l'aider à se créer un réseau de soutien social.*

Un projet parrainé par le St. John's Seniors Resource Centre a permis de constater que les aînés qui risquent le plus de se retrouver dans une situation où leurs besoins fondamentaux ne sont pas satisfaits sont ceux qui ne sont pas en mesure de s'organiser pour avoir accès aux ressources qui pourraient leur procurer le soutien dont ils ont tant besoin. « Cette incapacité d'obtenir de l'aide peut accroître le stress et engendrer d'autres troubles physiques ou mentaux ». [Traduction] (Cooperative Action for Seniors - proposition, 1993, p. 2) Cette même étude a montré que parmi les facteurs qui contribuent à inciter les aînés à se confiner dans leur logis il y a la faiblesse ou la maladie chronique, les incapacités mentales ou physiques, les déficiences visuelles ou auditives, les problèmes d'analphabétisme, la pauvreté, l'isolement géographique, et les différences culturelles.

vi. *Beaucoup d'aînés sont isolés parce qu'ils ne connaissent pas l'anglais ou le français, ou parce qu'ils sont d'un milieu culturel différent.*

Les fournisseurs de services qui sont actifs dans la Citizen Advocacy Society de Lethbridge estiment qu'entre 10 et 33 p. cent des aînés vivent dans l'isolement en raison de barrières linguistiques. (Citizen Advocacy Society de Lethbridge, 1994, p. 53) Les immigrants âgés ont généralement les mêmes problèmes physiques ou

sociaux que les non-immigrants. Toutefois, certains problèmes, tel l'isolement social, peuvent être encore plus aigus chez eux. Beaucoup d'entre eux sont isolés non seulement de leur société d'accueil, en raison de différences de langue et de valeurs, mais aussi des membres de leur propre famille qui ont adopté les valeurs et la langue de leur nouveau pays. À Montréal, le projet Les aînés et l'interculturel a permis de constater qu'au Québec 52,6 p. cent des aînés âgés de 65 ans et plus ne connaissent pas le français. (Association internationale francophone des aînés, section de Montréal, 1995, rapport final, p. 3) Ce problème d'isolement social est d'autant plus grand que bon nombre de communautés culturelles ne se sont pas encore dotées d'associations d'aînés. Au Québec à tout le moins, seules les minorités culturelles bien établies et implantées au Canada depuis plus de 25 ans ont créé des centres communautaires et organisé des activités de loisir et des réseaux de soutien. Ce projet a également permis de constater qu'il n'est pas facile d'amener les non-immigrants âgés à participer à des activités interculturelles, et ce, en raison, semble-t-il, de leur crainte de l'inconnu, du défi que présente pour eux la remise en question de leurs propres valeurs, de leur résistance au changement, de l'impression qu'ils ont d'avoir déjà fait leur part pour aider les autres, et de leur penchant pour les activités de loisir plutôt que pour celles qui requièrent plus d'effort. Le Toronto Network of Senior Ethnic Women a constaté que même les membres de son conseil étaient réticents à participer à l'organisation et à la tenue d'une conférence en raison de leur manque d'aisance en anglais. (Évaluation finale, 1996, p. 9)

vii. *L'isolement géographique, l'isolement social, le faible revenu et la difficulté d'accès aux réseaux de soutien vont souvent de pair.*

Les habitants des régions rurales et les personnes des milieux défavorisés sont plus isolés non seulement des services, mais aussi des réseaux ou des cercles de gens qui savent comment obtenir de l'information. (St. John's Seniors Resource Centre, 1995, Cooperative Action Program Evaluation, pp. 19-20)

viii. *Les gens qui ont subi récemment une épreuve ou un changement majeur dans leur mode de vie se retrouvent souvent dans une situation à risque élevé et sont susceptibles d'avoir besoin d'aide pour se refaire une vie sociale.*

Le Partners in Action - West Prince Seniors Committee désigne comme « inactifs » ou dans une situation à risque les aînés qui n'ont pas été aperçus dans la

collectivité depuis quelques mois et ceux qui ont subi récemment une épreuve ou un changement majeur dans leur mode de vie. Le programme New Beginnings, un projet qui a été mis sur pied à Kitchener (Ontario) et qui vise à amener des aînés à soutenir d'autres aînés qui sont dans le deuil, part du principe que, pour surmonter leur chagrin, les personnes qui ont subi la perte d'un conjoint, d'un partenaire, ou d'un proche ami ou parent ont besoin de toute une gamme d'activités individuelles et de groupe pour les amener à réintégrer la vie communautaire. « Pour que la personne vulnérable puisse surmonter son malheur, il est essentiel qu'elle se sente bienvenue et désirée dans un environnement hospitalier. » [Traduction] (SHARE, 1994, Rapport périodique, janvier à juin 1996, pp. 1-2)

ix. *On observe au Canada une augmentation considérable de la proportion d'aînés vivant seuls.*

Gloria Gutman, conférencière invitée à un symposium parrainé par la Greater Edmonton Foundation en mai 1996, a fait remarquer que la proportion d'aînés vivant dans des centres d'accueil ou avec leurs enfants adultes a diminué et qu'alors que l'espérance de vie augmente sans cesse, on assiste à un accroissement considérable de la proportion d'aînés canadiens qui vivent seuls dans des maisons privées. On doit en conclure que de plus en plus d'aînés frêles et très âgés vivent seuls. (Greater Edmonton Foundation, 1996, pp. 3-10)

C. <u>Le niveau d'instruction</u>

<u>*Constatations*</u>

i. *L'analphabétisme et le faible niveau d'instruction sont d'importants facteurs qui ont des incidences directes sur la santé des aînés.*

D'après les chiffres de Statistique Canada, 65 p. cent des Canadiens âgés de 55 à 69 ans ont beaucoup de mal à lire des textes courants. Environ 36 p. cent ne savent pas lire ou « ont une très faible capacité de décodage de l'imprimé; au mieux, ils peuvent repérer dans un texte simple un mot avec lequel ils sont familiers ». [Traduction] (Statistique Canada, 1990, cité dans Calgary Seniors' Literacy Society, United Way of Calgary and Area, 1995, p. 5) « Les aînés peu instruits ont excessivement de difficulté à prendre soin de leur santé et à administrer leurs

ressources financières. Étant donné qu'ils doivent compter sur des réseaux de soutien pour les aider à lire et à écrire, ils vivent constamment dans la précarité, car, advenant un décès, une mutation ou un déménagement, ils pourraient se retrouver isolés et vulnérables. » [Traduction] (Calgary Seniors' Literacy Society, United Way of Calgary and Area, 1995, p. 5)

ii. *Les problèmes d'analphabétisme contribuent au risque d'exploitation financière.*

Le projet d'alphabétisation GOAL, dans le comté de Renfrew, a permis de constater que l'analphabétisme est un important facteur de risque d'exploitation financière. Les analphabètes âgés doivent compter sur des membres de leur famille ou sur d'autres aidants pour remplir des formulaires, encaisser des chèques et administrer leurs affaires en général. Un tel degré de dépendance peut accroître les risques d'exploitation financière. (Council on Aging for Renfrew County, 1995, Rapport d'activités, p. 22)

iii. *Les programmes courants d'alphabétisation répondent rarement aux besoins des aînés.*

Les statistiques nationales montrent que moins de 2 p. cent des participants à des programmes d'alphabétisation sont des aînés. (One Voice Seniors Network, 1991, cité dans Calgary Seniors' Literacy Society, United Way of Calgary and Area, 1992, p. 5) Selon les auteurs du rapport de United Way of Calgary, cette situation tiendrait vraisemblablement au fait que la plupart des programmes d'alphabétisation ne sont pas adaptés aux besoins particuliers des aînés. Il faudrait, par exemple, qu'on tienne compte de leurs capacités visuelle et auditive limitées et qu'on prévoie pour eux des si ges confortables, des textes imprimés en gros caractères foncés et des séances de moins longue durée. Les aînés ont en outre besoin de s'identifier à des pairs et de fraterniser avec eux. Il existe également d'autres facteurs potentiellement dissuasifs, tels le mauvais état de santé, l'isolement, les problèmes de transport et les difficultés d'apprentissage qui remontent à l'enfance. (Southeast Regional College, campus du district de Whitewood, 1995) Cette étude a en outre permis de constater que les aînés ont besoin de programmes d'alphabétisation conçus en fonction de leurs besoins pratiques personnels. Par exemple, un programme qui les aiderait à écrire à leurs petits-enfants, à utiliser une carte bancaire, à émettre des chèques ou à comprendre un

bulletin financier leur serait beaucoup plus utile qu'un programme axé sur la lecture ou l'écriture en général.

iv. *La faiblesse du niveau d'instruction et l'analphabétisme peuvent constituer chez les aînés des sources de frustration et de gêne qui accroissent leur réticence à participer à des programmes et à se créer des réseaux de soutien.*

Lethbridge (Alberta), une évaluation des besoins des aînés a permis de constater que plus de la moitié des répondants n'ont fréquenté que l'école primaire. Certains aînés semblent gênés d'admettre leur niveau d'instruction, qui est pourtant comparable à celui de la moyenne des gens de leur génération. (Citizen Advocacy Society de Lethbridge, 1994, p. 25)

v. *Le faible degré de connaissance de l'informatique accroît chez nombre d'aînés le risque d'être exploités financièrement et leur complique l'accès à divers services.*

Deux projets ont été mis en oeuvre, l'un à Windsor (Ontario) et l'autre à Medicine Hat (Alberta), en partant du principe que l'autonomie des aînés est de plus en plus tributaire de leur connaissance de l'informatique. Ces projets ont permis de constater que la présence envahissante des communications électroniques dans nos vies et la piètre connaissance des rudiments de l'informatique chez les aînés menacent l'autonomie de ces derniers, les exposent à la manipulation et à la fraude financière et, plus généralement, sapent leur confiance en eux-mêmes. L'acquisition de connaissances et d'habiletés liées à l'utilisation d'ordinateurs a été jugée très importante dans les comptes rendus de quatre rencontres communautaires visant à établir quelles sont les priorités des aînés. Ces rencontres, qui se sont tenues dans le sud-ouest de l'Ontario, remontent à 1985. Les participants s'y sont dits d'avis qu'ils pourraient être plus autonomes si on leur apprenait à se servir de l'ordinateur pour effectuer des opérations bancaires, faire des emplettes, emprunter des volumes à la bibliothèque et communiquer par courrier électronique. Les cours d'informatique à l'intention des aînés doivent toutefois être adaptés à leurs besoins. Ainsi, dans les rapports sur les rencontres dont nous avons fait mention précédemment, on insistait sur l'importance d'adapter le matériel informatique aux besoins des aînés. Par exemple, pour qu'ils soient plus facilement utilisables par les aînés, les pointeurs à l'écran devraient être plus gros, et les « souris » d'ordinateurs, plus conviviales. (Centre for Seniors, Windsor, 1996, et Venier Centre Computer Club, 1994)

vi. *Il est important d'encourager les aînés à continuer d'acquérir de nouvelles connaissances pour leur éviter de céder à la tentation de reculer devant les défis ou les nouvelles expériences et, partant, leur inculquer le goût de la participation.*

Le programme Seniors for Personal Development and Independence, parrainé par le Roadside Senior Citizens' Club de Summerville et de Bonavista Bay (Terre-Neuve), a permis de constater qu'en aidant les aînés à devenir tuteurs bénévoles on contribue non seulement à réduire leur isolement et à accroître leur estime d'eux-mêmes et leurs compétences, mais aussi à propager l'éloquent message selon lequel « on n'est jamais trop vieux pour apprendre quelque chose de nouveau, et il y a de multiples façons d'apprendre ». [Traduction] (Extrait d'un feuillet accompagnant une proposition du Roadside Seniors Club de Summerville)

vii. *En favorisant l'éducation continue, on peut également projeter une image positive des aînés en les présentant comme des mines d'expériences, et diminuer les risques pour la santé liés à une situation sociale défavorable.*

Le projet St. John's Cooperative Action for Seniors a eu recours pour la « formation » des aînés bénévoles à un processus « fondé sur la discussion et sur la mise en commun d'idées permettant à chaque participant au programme de profiter du riche bagage de connaissances et d'expériences de ses collègues bénévoles. Le but de ces rencontres était d'améliorer les compétences que ces aînés bénévoles avaient accumulées au cours de leur vie, et de leur en faire acquérir de nouvelles ». [Traduction] (St. John's Seniors Resource Centre, 1995, rapport final, p. 11) De même, un Autochtone ayant participé à Opportunity 45, un programme ayant pour objet d'aider les travailleurs découragés à réintégrer le marché du travail, a déclaré : « Dans nos croyances traditionnelles cries, l'âge est considéré comme un bien précieux pour la collectivité. Nous transmettons aux autres les expériences que nous avons acquises tout au cours de notre vie. Dans le cadre d'Opportunity 45, j'ai travaillé en collaboration avec d'autres aînés qui souffraient d'être l'objet de pratiques discriminatoires à cause de leur âge. Nous avons travaillé ensemble, nous avons mis en commun nos expériences et nous nous sommes entraidés. Nous n'avions pas le sentiment d'arriver au terme de notre voyage, mais plutôt de nous engager sur une nouvelle voie ». [Traduction] (One Voice : The Canadian Seniors Network, 1994, p. 24)

viii. *Dans les régions rurales, il y a souvent trop peu d'activités éducatives à l'intention des aînés, de leurs familles et des intervenants qui s'occupent d'eux.*

Le Fort Saskatchewan Seniors Advisory Board et l'Alberta Association of Gerontology ont constaté que « bien qu'on s'intéresse de plus en plus aux questions de gérontologie, on offre, notamment en milieu rural, trop peu d'activités éducatives aux aînés, à leurs familles et aux travailleurs qui s'occupent des gens du troisième âge ». [Traduction] (Fort Saskatchewan Seniors Advisory Board et Alberta Association of Gerontology, 1995, p. 4)

D. L'emploi et les conditions de travail

Constatations

i. *En cette époque de compressions budgétaires et de restructuration du marché du travail, les travailleurs âgés vivent de plus en plus dans l'incertitude financière, sont licenciés ou subissent des pertes de revenu. De telles situations sont autant de menaces à leur santé.*

Lors d'une conférence sur les travailleurs âgés et la main-d'oeuvre canadienne, Grant Schellenberg du Centre de statistiques internationales a fait remarquer que les travailleurs âgés sont parmi les premiers à être licenciés ou à se voir offrir des incitatifs à prendre leur retraite prématurément au fur et à mesure que les employeurs procèdent à la restructuration de leur personnel. Souvent, les travailleurs âgés licenciés constatent que les emplois disponibles requièrent un niveau d'instruction plus élevé que celui qu'ils possèdent ou un bagage de compétences différent du leur, et que les emplois à temps plein sont de plus en plus difficiles à trouver. Il n'est donc pas étonnant qu'ils touchent deux fois plus longtemps que les jeunes travailleurs des prestations d'assurance-chômage, même si beaucoup d'entre eux ont encore des enfants à charge à la maison, doivent rembourser leur hypothèque et voudraient épargner en vue de leur retraite. (One Voice : The Canadian Seniors Network, *Older Workers and Canada's Aging Labour Force: Final Report and Recommendations*, 1994)

ii. *La perte de réseaux de soutien social est un facteur de risque associé à la retraite.*

Le projet «Entretenons les liens» du Congrès du travail du Canada a permis de constater que les personnes âgées ont avantage à continuer de participer à des activités organisées et à aider les autres. « Le fait de savoir que leurs collègues ne les ont pas oubliés influe fort positivement sur la qualité de vie des syndiqués retraités. En donnant à nos soeurs et frères retraités la possibilité d'utiliser une partie de leur temps précieux pour participer à des programmes, à des campagnes et ou à des sessions de formation qui puissent leur plaire et auxquels ils n'ont probablement jamais eu le loisir de participer au cours de leurs années d'emploi, nous leur procurerions énormément de joie et de satisfaction. » [Traduction] (Association des syndicalistes retraités du Canada - Congrès du travail du Canada, 1993, Formulaire de demande de financement, p. 2)

iii. *Les risques pour la santé des aînés et des travailleurs licenciés (dont beaucoup sont âgés) peuvent être atténués en tentant de répondre aux besoins à la fois* des uns et des autres.

Mont-Laurier (Québec), Défi-Autonomie, une entreprise sans but lucratif, a essayé de remédier en même temps aux besoins de services de soutien à domicile des aînés et à la pénurie d'emplois qui sévissait dans la région, un facteur de risque connu pour la santé. Défi-Autonomie visait à répondre à la fois aux besoins des aînés à faible revenu et à ceux des assistés sociaux désireux de réintégrer le marché du travail. Ce programme permettait aux aînés d'obtenir des services à raison de 2,50 $ l'heure, voire gratuitement si leurs moyens ne leur permettaient pas de payer ce tarif. Si les responsables du programme ont pu offrir ces services à rabais, c'est qu'ils ont réussi à convaincre le gouvernement d'accorder un crédit d'impôt pour le soutien à domicile et d'en faire profiter directement les organismes sans but lucratif qui offrent ce service plutôt que les bénéficiaires. Aux assistés sociaux, le programme offrait un emploi à temps plein pendant deux ans, en plus de 105 heures de préparation à l'emploi et d'un service de placement faisant appel aux entreprises locales. (Défi-Autonomie, 1995, rapport final, p. 4)

E. **Les environnements sociaux**

Constatations

i. *En continuant de propager une image négative des aînés, notre société contribue à déprécier les aînés, à entretenir des préjugés contre eux, à miner leur estime de soi et à réduire leur engagement, ce qui accroît les risques pour leur santé.*

Par exemple, les médias projettent peu d'images positives des aînés. Les émissions de télévision présentent rarement des aînés autonomes, actifs et dynamiques. Le plus souvent, ou bien ils en sont absents, ou bien on les montre en situation de dépendance. (Fédération de l'Âge d'Or du Québec, 1995, rapport final, p. 43)

ii. *La tendance, dans la société canadienne, à discriminer les individus en fonction de l'âge décourage les aînés de participer à la vie communautaire, les rend mal à l'aise au sein de la société et, partant, accroît les risques pour leur santé.*

Les participants à une étude réalisée par le Centre de recherche du diocèse de Saint-Jérôme (Québec) ont fait état des difficultés qu'ils avaient eues à faire le pont entre les générations. Selon les chercheurs, cette situation tient vraisemblablement à la ségrégation entre les groupes d'âge qu'on a pratiquement institutionnalisée dans notre société, au peu de valeur qu'on accorde aux aînés, et à la propension à percevoir la retraite comme une période d'oisiveté, ce qui incite les aînés à ne pas se préoccuper des problèmes des plus jeunes. (Les apports inestimables des aînés, 1996)

Cette ségrégation peut contribuer à susciter chez les aînés de la crainte et des préjugés vis-à-vis des jeunes. Un aîné qui avait participé au programme de la Fédération de l'Âge d'Or du Québec a déclaré : « J'avais des préjugés à propos des jeunes. Tout de suite pour moi, ils sont vulgaires et n'ont pas de sentiment ni de respect pour rien. Mais quand tu t'arrêtes et écoutes leur côté de la médaille, c'est différent. Ça m'a ouvert les yeux pour savoir apprécier cette jeunesse. » Fédération de l'Âge d'Or du Québec, 1995, rapport final, p. 42)

iii. *Si l'on ne déploie pas de grands efforts pour sensibiliser les gens aux réalités interculturelles, la transformation rapide de la société canadienne en société de plus en plus diversifiée risque d'accroître les sentiments d'inquiétude et d'incertitude qu'éprouvent certains aînés.*

Dans le cadre des sessions de formation du projet Les aînés et l'interculturel, les aînés ont cerné un certain nombre de problèmes qui sont liés à l'immigration et qui contribuent à l'isolement social des immigrants âgés. Beaucoup de ces problèmes font ressortir la nécessité de bien renseigner et sensibiliser les immigrants âgés et les gens de la société d'accueil, qu'ils soient âgés ou non. Voici quelques-uns des problèmes mentionnés :

- des attentes excessives tant de la part des immigrants que des gens de la société d'accueil;
- des inconforts réciproques;
- des racines profondes par rapport à la culture d'origine;
- l'influence de l'histoire, de la situation sociale et de la culture sur les perceptions;
- les mythes entretenus à propos des immigrants;
- le rejet ou la xénophobie de la part des immigrants et des membres de la société d'accueil;
- une angoisse au coeur de chaque être qui vieillit et qui s'inquiète pour lui-même et les siens.

(Rapport final, p. 9)

iv. *La façon dont le cours de l'histoire a influencé le vécu des aînés a une incidence déterminante sur la nature des facteurs qui les rendent vulnérables, notamment sur le plan de la santé, et sur la manière dont ils réagiront aux programmes et aux interventions.*

Comme l'a fait remarquer la Citizen Advocacy Society de Lethbridge, « nos aînés qui atteignent les 75 ans ont connu la Grande dépression des années 30, les deux guerres mondiales et les réaménagements sociaux qui caractérisent l'époque que nous traversons actuellement au Canada. Les expériences qu'ils ont vécues à l'instar de tous les gens de leur génération peuvent se traduire chez eux par des attitudes face aux questions relatives à la santé et à la maladie et par des attentes en ce qui a trait aux soins de santé, à la famille et au vieillissement qui sont fort différentes de celles de la

génération qui les a précédés et dont les membres sont nés vers le tout début du siècle. En tentant de répondre aux besoins des aînés, il est important de tenir compte du contexte social dans lequel ils ont vécu, afin de pouvoir concevoir et leur offrir des services et des lieux qui leur conviendront et qu'ils utiliseront volontiers. » [Traduction] (Citizen Advocacy Society de Lethbridge, 1994, p. 6)

v. *En raison de la diminution du nombre de lits dans les foyers d'accueil, de la tendance à la dispersion géographique des familles élargies et du fait que les gens vivent de plus en plus longtemps, il y a une proportion croissante d'aînés, notamment chez ceux qui sont frêles et très âgés, qui vivent seuls.*

Bien que ces aspects aient été abordés dans la section portant sur les réseaux de soutien social, il convient de les rappeler ici, car étant donné que notre société a incité ses aînés à être le plus autonomes possible, et compte tenu du contexte économique actuel, de nombreux aînés sont forcés de vivre seuls même s'ils ne le souhaitent pas. Comme le disait un des aînés interrogés dans le cadre de l'étude du Centre de recherche du diocèse de Saint-Jérôme : « L'autonomie dans la solitude, non merci! » (rapport final, p. 6)

F. **Les environnements physiques**

Constatations

i. *La qualité de l'environnement, notamment du logement, revêt de plus en plus d'importance pour la santé et le bien-être des gens à mesure qu'ils avancent en âge, parce qu'ils passent plus de temps à la maison.*

« Il est moins dommageable pour un jeune en santé que pour un aîné de vivre dans un logement qui laisse à désirer, car il n'y passe pas beaucoup de temps... Plus on vieillit, moins on sort de chez soi, de sorte que la nature du logement devient alors plus importante pour la qualité de vie. » [Traduction] (Lawton et Simon, 1968, cité dans le rapport de la Greater Edmonton Foundation, 1996, p. 9)

ii. *La plupart des ensembles d'habitation n'ont pas été adaptés aux besoins nouveaux d'une clientèle vieillissante.*

Gloria Gutman, conférencière invitée à un colloque parrainé par la Greater Edmonton Foundation en 1996, a fait remarquer qu'étant donné que de plus en plus de locataires sont des gens âgés qui vivent seuls on devrait mettre à leur disposition des salles à manger, des cuisines et des salles de séjour communes. Toutefois, a-t-elle ajouté, bien peu d'ensembles d'habitation se sont adaptés à ces besoins, bien qu'on commence heureusement à offrir des logements plus convenables et plus souples à cet égard dans le cadre de ce qu'on désigne généralement comme des aménagements pour personnes autonomes ou semi-autonomes. (Greater Edmonton Foundation, 1996)

iii. *Les logements avec services de soutien ne remplacent pas toujours convenablement les foyers d'accueil.*

Evelyn Shapiro, une autre conférencière invitée à prendre la parole lors du même colloque, nous met en garde contre le danger, en cette époque de restrictions budgétaires, de croire que les logements avec services de soutien peuvent dans tous les cas remplacer les foyers d'accueil. Elle insiste pour dire que ces logements conviennent aux aînés qui n'ont besoin d'aide que pour leurs besoins courants et personnels, mais non à ceux qui nécessitent une surveillance constante et des soins infirmiers.

iv. *L'exiguïté d'un logement qu'un aîné partage avec d'autres personnes peut entraver la prestation de soins à l'aîné en question et accroître les risques qu'il soit victime de mauvais traitements et de négligence. Le problème se pose notamment chez les aînés qui font partie de familles à faible revenu, ce qui est souvent le cas des immigrants âgés.*

Certains immigrants âgés ayant participé au projet réalisé par l'Association internationale francophone des aînés se sont plaints du fait que les appartements dans lesquels ils vivent sont si exigus que, lorsque le reste de la famille revient du travail, ils ont l'impression d'y être de trop et sentent le besoin d'en sortir. Souvent, ils n'ont nulle part où aller, et ils se retrouvent à flâner dans les centres commerciaux. Le manque d'espace peut également engendrer des tensions et des conflits intergénérationnels. (Association internationale francophone des aînés, 1995, p. 42)

v. *Les aînés qui vivent dans la pauvreté ont particulièrement besoin d'un accès facile à des services de soutien.*

Étant donné que la pauvreté contribue souvent à compromettre la santé et à aggraver les incapacités, les aînés à faible revenu ont besoin d'un bon logement et d'un accès facile à des services de soutien (aides techniques appropriés, services d'aide internes, et services d'aide externes pour suppléer aux services non disponibles sur place). (Greater Edmonton Foundation, 1996, p. 16)

G. Le patrimoine biologique et génétique

Constatations

i. *Les facteurs biologiques et génétiques qui prédisposent à l'arthrite peuvent avoir une incidence importante sur l'autonomie.*

«L'arthrite constitue peut-être l'obstacle le plus important à une qualité de vie qui préserve la dignité des aînés et au maintien de leur autonomie. La douleur, les limites et l'incapacité fonctionnelle, ainsi que l'état dépressif qui en résulte, ont un impact très négatif sur la qualité de vie.» (La Société d'Arthrite, sans date, préface.)

H. Les habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles

Constatations

i. *La faible estime de soi et le stress, qui sont très répandus chez les aînés, diminuent leur capacité d'adaptation et contribuent à les rendre vulnérables.*

Dans le cadre d'une série de discussions de groupe et de rencontres communautaires, les aînés qui font partie du Roadside Senior Citizens Club de Summerville (Terre-Neuve) se sont dits d'avis que la faible estime d'eux-mêmes et le stress sont deux problèmes qui contribuent à les rendre vulnérables.

ii. *Lorsqu'ils sont adaptés aux besoins des aînés, supervisés et facilement accessibles, les programmes de vie active comportent beaucoup d'avantages d'ordre psychologique et physique pour les aînés de tout âge et de toute capacité.*

Dans l'ensemble immobilier Meadowcroft, l'aménagement d'une salle de culture physique dotée des appareils appropriés que les usagers pouvaient utiliser pour faire des exercices sous la surveillance de la coordinatrice du projet, une infirmière diplômée, a permis à un bon nombre d'aînés de devenir physiquement plus actifs, et ce, en toute sécurité. On a constaté que l'utilisation des appareils de gymnastique aidait les aînés à renforcer leurs muscles avant une intervention chirurgicale et leur permettait de se rétablir plus rapidement après l'opération. Dans certains cas, des aînés qui ne pouvaient plus se déplacer qu'en fauteuil roulant se sont même remis à marcher. Au terme du projet, les appareils de gymnastique sont demeurés à la disposition des aînés, mais sans surveillance, ce qui accroît le risque d'accident ou de blessure. (Meadowcroft Tenants Association, 1995)

iii. *D'autres formes d'activités récréatives, particulièrement celles conçues en fonction des intérêts des aînés, peuvent contribuer de façon significative au mieux-être des participants, notamment de ceux qui seraient autrement confinés chez eux ou isolés.*

Dans bon nombre de projets analysés, l'organisation d'activités récréatives a permis de diminuer l'isolement des aînés et d'améliorer leur qualité de vie. Même si certaines de ces activités pourraient à première vue paraître banales à l'observateur, de nombreux témoignages montrent que leur valeur de contribution au mieux-être des aînés ne doit pas être sous-estimée. Par exemple, les aînés de l'ensemble immobilier Meadowcroft ont tenu des activités spéciales, dont deux salons d'information sur le mode de vie des aînés, deux défilés de mode où les mannequins étaient des résidents de l'ensemble immobilier, une sortie pour faire des emplettes, des séances de thé en compagnie de représentants du gouvernement, une vente de charité à l'approche de Noël, et des ventes d'objets d'artisanat. Comme le signale le rapport :

> « Les activités ont été conçues de façon à favoriser le plus possible l'activité de l'esprit et du corps. Ces événements et programmes ont donné lieu à une explosion d'intérêt et de participation... De nombreux locataires se sont offerts comme bénévoles réguliers. La qualité de vie des résidents, sur les plans

physique et émotif, s'en est trouvée extraordinairement enrichie. Le meilleur moyen d'améliorer la santé mentale et physique des aînés, c'est de les sortir de leur appartement et de les garder actifs. » [Traduction] (Meadowcroft Tenants Association, 1995, p. 6)

iv. *L'aménagement de cuisines communautaires et l'organisation d'activités culinaires en groupe sont des moyens agréables qu'on peut utiliser pour enseigner les techniques culinaires et la bonne alimentation, inciter les aînés à adopter un régime alimentaire régulier et équilibré, et favoriser le maintien de relations sociales.*

À Ottawa, le Centre de santé communautaire Côte de Sable, qui est au service d'un quartier où vivent toutes sortes de gens, dont de nombreux aînés vulnérables, a initié un projet Seniors Cooking Together comportant diverses activités, comme la formation de Cooking Together Groups, la préparation d'un repas pour 60 aînés, la tenue de 12 séances qui avaient lieu à l'heure du lunch et où les aînés apportaient leur repas, et la création d'un Life Enrichment Group permettant à des aînés de se réunir pour fraterniser, partager leur nourriture et discuter ensuite de promotion de la santé. Comme l'espérait le personnel du centre, la cuisine « s'est transformée en un véritable foyer d'activités accueillant et chaleureux, où les gens se retrouvent tout naturellement. » [Traduction] (Rapport du Centre de santé communautaire Côte de Sable, 1995, p. 2)

v. *Il est fréquent que les membres des familles des aînés nient ou minimisent les problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme chez les aînés.*

D'après les responsables du projet Headlines Theatre, la « négation » de certains problèmes, tels l'alcoolisme et la toxicomanie, chez les gens qu'on aime est très fréquente. Des affirmations du genre : « Après tout, elle ne prend qu'un petit verre par-ci par-là » tendent à minimiser les conséquences de la consommation excessive d'alcool chez les aînés. (Headlines Theatre, 1992, p. 14.)

vi. *Les programmes existants de lutte contre la toxicomanie ne répondent pas aux besoins des femmes âgées.*

S'étant rendu compte que les programmes existants de lutte contre la toxicomanie ne répondaient pas aux besoins des femmes âgées, Élixir, un organisme

sans but lucratif voué à la recherche de solutions aux problèmes de toxicomanie chez les femmes, a mis sur pied, à peu de frais, un programme de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie adapté au vécu des femmes âgées. Essentiellement, ce programme a été réalisé au moyen de séances de groupe où les femmes ont pu mettre en commun leurs expériences et leurs problèmes, apprendre des choses à propos du vieillissement et de ses conséquences et acquérir des compétences personnelles propres à les aider à affronter résolument les défis liés au vieillissement. (Elixir Inc., 1993.)

vii. *On constate que beaucoup de dispensateurs de soins sont très peu conscients des problèmes de toxicomanie chez les aînés et connaissent très mal les médicaments et leurs conséquences. Ces lacunes sont parfois aggravées par une attitude insouciante envers les aînés. De telles attitudes peuvent mener à la prestation de soins douteux, y compris à l'administration de médicaments d'ordonnance non nécessaires, voire contre-indiqués.*

L'étude de Médic-Action a permis de constater qu'il existe chez les différents prestataires de soins des lacunes en ce qui concerne la connaissance des médicaments et de leurs effets secondaires. On s'est également rendu compte qu'il faut périodiquement rappeler aux aidants et aux aînés les avantages d'une gestion adéquate des médicaments d'ordonnance. Selon une étude citée dans le rapport de Médic-Action, 45,6 p. cent des aînés du Québec se seraient déjà vus accorder au moins une ordonnance douteuse. (Tamblyn, 1994, cité dans le rapport final sur le projet Médic-Action, p. 6) L'étude du groupe Élixir a noté que, de par leur attitude face à la toxicomanie chez les aînés, certains dispensateurs de soins se trouvent à justifier les abus. Bien qu'ils aient constaté que les fournisseurs de services semblent déplorer cette situation, les chercheurs ont souvent entendu des affirmations du genre : « Pourquoi ne pas les laisser faire ce qui leur plaît, il leur reste si peu de temps à vivre? » ou « Le seul plaisir qu'il leur reste, c'est de prendre un petit coup ». (Rathbone-McCuan et al., 1987, cité dans le rapport final sur l'étude du groupe Élixir, p. 5) L'étude menée par Médic-Action a également révélé que, bien que les pharmaciens aient été sensibilisés à l'utilité du carnet d'ordonnances, beaucoup d'entre eux négligent encore de le demander aux aînés au moment de remplir une ordonnance. Ils admettent pourtant qu'il s'agit là d'un précieux outil de prévention des interactions nocives de médicaments ou du double emploi d'ordonnances.

viii. *Le mélange de médicaments ou le manque de fidélité aux ordonnances sont les principaux problèmes qu'on observe chez les aînés en ce qui concerne la médication.*

Dans le rapport final de l'Association québécoise pour la défense des droits des retraités-es et pré-retraités-es, on cite des études qui indiquent que 36,8 p. cent des personnes interrogées ne prennent pas leurs médicaments comme l'indique leur ordonnance.

ix. *Les aînés veulent qu'on leur fournisse l'information dont ils ont besoin concernant l'utilisation adéquate des médicaments, les conséquences de l'infidélité aux ordonnances et la possibilité de remplacer leur médication par d'autres remèdes à leurs problèmes de stress, d'insomnie ou de douleurs arthritiques.*

Dans le cadre du projet « Les Médicaments, oui! non! mais... » qui a été réalisé dans l'Outaouais (Québec), des aînés ont fait part aux animateurs d'ateliers de leur satisfaction d'avoir pu acquérir de nouvelles connaissances sur les effets de la médication. Beaucoup d'entre eux se sont également dits surpris d'apprendre que le mélange de « produits naturels », qu'ils ne considéraient pas comme des médicaments, avec d'autres types de médicaments pouvait poser des problèmes. Ils ont également déclaré avoir apprécié qu'on leur explique comment se préparer à une visite chez leur médecin ou leur pharmacien, des gens que les aînés sont souvent gênés de questionner.

I. <u>Le développement sain dans l'enfance</u>

<u>Constatations</u>

Les projets examinés ne comportaient pas de constatations concernant le développement sain dans l'enfance comme facteur déterminant de la santé chez les aînés.

J. Les services de santé

Constatations

i. *En raison du manque de coordination des services et de compréhension des besoins des aînés chez de nombreux fournisseurs de services, on ne répond souvent pas aux besoins des aînés en matière de santé.*

Ce problème a été souligné par le St. John's Seniors Resource Centre : « Les ressources existent dans notre collectivité, mais en raison d'un manque de communication et de coordination beaucoup d'aînés n'ont pas facilement accès aux services qui pourraient répondre adéquatement à leurs besoins. Souvent, les organismes qui fournissent ce genre de services n'ont d'ailleurs pas une bonne compréhension des besoins des aînés et ne cherchent pas activement à les aider. » [Traduction] (proposition - projet Cooperative Action for Seniors, 1993, p. 2)

ii. *Bon nombre de professionnels de la santé et de fournisseurs de services ne savent pas comment aborder avec délicatesse et doigté les aînés analphabètes ou peu instruits.*

Dans le cadre de leur programme d'alphabétisation à l'intention des aînés, les responsables du projet GOAL ont tenu à l'interne un certain nombre de séances de formation auxquelles ont participé d'autres professionnels et organismes oeuvrant dans le domaine de la santé. Des fournisseurs de services qui avaient décelé des problèmes d'analphabétisme chez certains de leurs clients ont avoué ne pas trop savoir comment aborder la question avec eux ou comment les aider sans risquer de les offenser. (Council on Aging for Renfrew County, 1995)

iii. *L'approche médicale, qui est centrée sur les soins de courte durée, en fonction desquels de nombreux services de santé sont d'ailleurs organisés, a tendance à minimiser les besoins de soins de longue durée et perçoit les aînés souffrant de maladies chroniques comme des patients indésirables.*

La Citizen Advocacy Society de Lethbridge a constaté que les médecins manquent souvent de patience, d'expérience et d'intérêt quand ils ont à traiter des aînés nécessitant des soins de longue durée. (Citizen Advocacy Society de Lethbridge, 1994)

iv. *Les personnes qui sont aux prises avec une foule de problèmes liés à une perte de fonction consécutive à un traumatisme sont souvent incapables de recourir aux services disponibles s'il n'existe pas de programme de soutien communautaire polyvalent pour les aider à surmonter les obstacles d'ordre pratique auxquels elles font face et à reprendre confiance en elles-mêmes.*

Le personnel du Centre pour personnes aphasiques d'Ottawa-Carleton a constaté, à partir de témoignages de gens faisant partie de groupes de soutien, que la plupart des personnes aphasiques doivent non seulement surmonter les difficultés découlant directement de la perte de leur capacité de communiquer, mais également composer avec une foule d'autres problèmes relatifs à leurs prestations d'aide sociale qui ont été réduites récemment, à leur vie familiale, à leurs autres maladies, à leur besoin de soutien continu, à leur état dépressif, etc. On a également constaté qu'« il n'existe pratiquement pas de soutien communautaire organisé à l'intention des personnes qui doivent se remettre de la perte traumatique de leur faculté normale de communication et acquérir la capacité de surmonter les obstacles que cette perte leur impose dans leur interaction quotidienne avec autrui... Les entraves à la communication et la perte de confiance en elles-mêmes auxquelles font face les personnes aphasiques les privent des services de soutien auxquels elles pourraient avoir accès. Leurs conjoints et leurs aidants risquent de se retrouver eux-mêmes aussi isolés qu'elles socialement. » [Traduction] (Projet du Centre pour personnes aphasiques d'Ottawa-Carleton, proposition non datée, p. 1)

v. *Les programmes qui parviennent le mieux à améliorer les capacités d'adaptation des aînés sont ceux qui visent à la fois à répondre aux besoins liés à la santé physique des participants, à accroître leurs compétences et à réduire l'isolement social dans lequel se trouvent les aînés vulnérables et leurs aidants.*

Le projet Welcome Back!, conçu pour venir en aide aux personnes atteintes d'aphasie (c'est-à-dire qui ont perdu partiellement ou totalement la capacité de parler et de comprendre) et faciliter leur réintégration dans la société, est un excellent exemple de programme tendant à répondre aux besoins multiples des aînés à risque et de leurs aidants. Au départ, le sujet participe à des activités de réadaptation pour retrouver le plus possible sa capacité de communiquer et reprendre confiance en lui-même. Parallèlement, on l'aide à s'adapter émotivement et physiquement à sa nouvelle condition. Au fur et à mesure qu'il progresse, d'autres types de soutien

personnalisé lui sont apportés pour répondre à ses besoins particuliers et accroître son autonomie. Entre autres moyens auxquels on peut avoir recours aux différentes étapes de la réadaptation, mentionnons les groupes autodirigés de soutien, les activités en groupe, un service d'halte-accueil, l'accompagnement du sujet dans ses tentatives pour profiter des services communautaires courants, et le recours à un bénévole qui lui servira de protecteur ou de « rampe de communication » dans ses interactions avec autrui.

vi. *Les groupes d'entraide et d'assistance mutuelle pour aînés peuvent aider considérablement les participants à atténuer leur solitude et leur isolement et les amener à se communiquer entre eux des renseignements utiles sur les services de santé disponibles.*

D'après le Conseil canadien de développement social, les groupes d'entraide et d'assistance mutuelle peuvent aider ceux qui en font partie à guérir de leurs maux et à acquérir la capacité de surmonter les épreuves. En effet, les activités de groupe renforcent chez les participants l'autorité personnelle et la maîtrise d'eux-mêmes, leur permettent de se sentir bien dans leur peau et d'apprendre à mieux supporter leur état chronique physique et mental et à mieux gérer le stress que la vie leur impose. (Conseil canadien de développement social, sans date, p. 1-2)

vii. *Les services de soutien communautaire sont sous-utilisés par les aidants, généralement parce qu'ils ne les connaissent pas. La culpabilité, la crainte du placement en établissement, les problèmes d'analphabétisme ou l'absence de moyens de transport sont également d'importants facteurs dissuasifs.*

Selon le London InterCommunity Health Centre, le manque de connaissance des services de soutien est la raison la plus souvent invoquée par les aidants pour expliquer leur non-recours à ces services. (London InterCommunity Health Centre, 1995, projet de manuel, p. 8) La gravité de l'état de santé de l'aîné dont ils prennent soin semble avoir peu de lien avec le degré d'utilisation des services de soutien par les aidants. Un sondage mené auprès des aidants d'aînés en perte de mémoire a en effet permis de constater que ceux qui prennent soin de sujets atteints de démence sénile ont à peine davantage recours aux services de soutien que ceux qui s'occupent d'aînés jouissant de capacités plus grandes. Neuf aidants sur dix (91 p. cent) ont déclaré qu'ils ignoraient même l'existence de tels services. Environ les trois quarts de ces aidants

ont également mentionné qu'ils trouvaient que l'endroit où se donnaient les services était trop éloigné ou trop difficile d'accès. (Alzheimer P.E.I., 1994, p. 6)

La Sandwich Generation Coalition a constaté que les services de soutien officiels étaient sous-utilisés par 70 p. cent des aidants pour une ou plusieurs des raisons suivantes : le manque de moyens de transport; l'inexistence des services ou leur coût prohibitif; la non-admissibilité du patient; le fait que l'aidant soit trop occupé ou trop fatigué pour se renseigner sur les services; la réticence de l'aidant à faire affaire avec des fonctionnaires ou à accueillir des étrangers dans sa maison; des sentiments de culpabilité, de honte, d'orgueil ou de gêne chez l'aidant; ou le fait que l'aidant ait été amené à croire qu'il devrait être le seul à prendre soin du sujet. (The Sandwich Generation Coalition, 1994) De même, le London InterCommunity Health Centre a constaté que, dans certains cas, si l'aîné et ses aidants n'ont pas recours aux services de soutien disponibles, c'est en raison de leur sentiment de culpabilité et de leur réticence à accepter l'aide de tiers.

viii. *Les défenseurs des aînés peuvent certes être utiles pour amener les aînés et leurs aidants à recourir aux services de soutien disponibles, pourvu toutefois que des efforts soient faits pour dissiper chez l'aîné les sentiments de crainte du placement en établissement, de méfiance à l'endroit des étrangers, de culpabilité et d'isolement, afin que s'établisse une relation de confiance entre l'aîné et son défenseur.*

La Citizen Advocacy Society de Lethbridge a constaté que les aînés craignent « d'être victimisés par des étrangers, d'être considérés comme ayant besoin de services de soutien, ce qui limiterait leur autonomie, et d'être perçus comme un fardeau pour les autres » [Traduction]. Par ailleurs, les responsables de ce même projet ont constaté que les aînés sont réticents à se plaindre ou à extérioriser leurs sentiments parce qu'ils craignent les répercussions que cela pourrait avoir sur l'attitude de leurs aidants ou des membres de leur famille envers eux. (Citizen Advocacy Society de Lethbridge, 1995) En Ontario, les responsables du projet Generating Adult Learning ont rappelé les problèmes inhérents à la difficulté d'apparier défenseurs et aînés ainsi qu'au temps que requiert l'établissement de relations entre les uns et les autres, et ils ont mentionné que, pour ces mêmes raisons, ils avaient d'ailleurs déjà eu du mal à jumeler tuteurs et étudiants. (Council on Aging for Renfrew County, 1994)

K. **Le sexe**

Constatations

i. *La majorité des aînés qui utilisent les services offerts sont des femmes.*

C'est logique, puisque la majorité des aînés sont des femmes. Selon le recensement de 1991, les femmes représentent 55 p. cent des personnes de 65 à 74 ans, 60 p. cent des personnes de 75 à 84 ans et 70 p. cent des personnes de 85 ans et plus. (Age and Opportunity Elder Abuse Resource Centre, «Volunteer Training Program, Trainer's Manual», 1992, (révisé en 1994), pp. 2-4.) Différents projets le confirment, mais le revenu, le niveau d'instruction et l'âge des participants variait d'un projet à l'autre. Ainsi, 80 p. cent des immigrants âgés qui ont été rejoints dans le cadre du projet Les aînés et l'interculturel, et neuf sur dix (89 p. cent) des bénéficiaires du projet Défi-Autonomie à Mont-Laurier (Québec) étaient des femmes. On a par ailleurs constaté que, dans une proportion considérable, les hommes qui participaient au programme Pouce Vert ne s'impliquaient dans aucun autre programme.

ii. *La majorité des aidants de personnes âgées sont des femmes.*

La Caregivers Association of British Columbia a constaté que dans cette province, près de 73 p. cent des aidants d'adultes sont des femmes et que les femmes y sont plus susceptibles que les hommes de consacrer plus de sept heures par jour à prodiguer leur aide. (Caregivers Association of B.C., rapport final, p. 13) Cette même étude a également révélé que les femmes ont davantage tendance que les hommes à trouver le rôle d'aidant stressant. (p. 25)

iii. *La majorité des bénévoles sont des femmes mariées dont l'âge varie entre 55 et 75 ans.*

À Sudbury (Ontario), le projet Main dans la main a permis de constater que les bénévoles sont le plus souvent des femmes. Plus précisément, cette recherche a révélé que les bénévoles, notamment les plus influents d'entre eux, sont le plus souvent des femmes mariées, qui ont entre 55 et 75 ans, dont le niveau d'instruction et le revenu sont supérieurs à la moyenne, et qui s'estiment en bonne santé. (Aide aux Seniors Sudbury District East Home Support Program, 1996, p. 44) On a observé le même profil chez les participants au Projet d'accompagnement des mourants et de leurs

proches. Pour ce projet, 86 p. cent des bénévoles étaient des femmes, 57 p. cent avaient plus de 55 ans, et 79 p. cent avaient fait des études postsecondaires. Par ailleurs, 67 p. cent des bénévoles ayant contribué à la réalisation de ce projet étaient sans emploi, et près de la moitié avaient récemment perdu un membre de leur famille.

iv. *Les femmes âgées sont plus susceptibles que les hommes d'avoir des problèmes de transport.*

Les problèmes de transport sont particulièrement aigus chez les femmes qui n'ont pas leur permis ou qui ne sont pas autorisées à conduire une voiture, ainsi que chez celles qui doivent compter sur un conjoint âgé pour les mener à leurs activités sociales ou autres. Les veuves qui ne savent pas conduire n'ont souvent pas assez confiance en elles-mêmes pour l'apprendre ou n'ont pas les moyens d'avoir un véhicule. (Comité Partners in Action, 1993)

v. *Les femmes sont plus portées que les hommes à établir un lien entre les problèmes de santé physique et les problèmes personnels ou sociaux.*

Le projet réalisé par le groupe Élixir a permis de constater que les femmes estiment davantage que les hommes que leurs problèmes personnels ou sociaux sont à l'origine de leurs maladies. (Aware Press, 1992, cité dans le rapport final du groupe Élixir, annexe 9, p. 3) À Winnipeg, le projet Women's Health Clinic sur le vieillissement en santé des femmes d'âge mûr souligne que «les réalités sociales du vieillissement des femmes peuvent engendrer des difficultés émotives et physiques qui ont un impact négatif sur leur état de santé. Les femmes âgées ... sont souvent pauvres et isolées; leurs habiletés et leur sagesse ne sont pas appréciées à leur juste valeur.» (Women's Health Clinic, Winnipeg, proposition, p. 3.) En outre, les femmes vieillissantes, peut-être parce qu'elle prennent soin des autres, ne sont pas toujours en mesure de s'occuper de leurs propres problèmes de santé. (Projet Winnipeg Women's Health Clinic, 1993, p. 40.)

vi. *Les hommes et les femmes âgés n'ont pas les mêmes préoccupations dans la vie.*

Les femmes qui ont participé à des ateliers en vue de la réalisation d'une pièce de théâtre dans le cadre du projet Headlines Theatre de Vancouver étaient nombreuses à formuler des commentaires à propos de leur rôle d'aidantes et des sentiments de

frustration et de culpabilité qu'il suscitait chez elles. Les hommes qui ont participé à ce même projet semblaient davantage préoccupés par leur retraite et par le fait de ne plus pouvoir travailler. Toutefois, les hommes aussi bien que les femmes ont manifesté leur appréhension et leur frustration face à la mécanisation croissante de notre société.

vii. *Le système de santé traditionnelle accorde peu de poids aux préoccupations des femmes vieillissantes en ce qui concerne la santé*

Le projet Women's Health Clinic à Winnipeg souligne que les femmes vieillissantes sont souvent incitées à croire qu'elles sont la source du problème, que leurs préoccupations sociales, émotives et économiques ne sont pas pertinentes en ce qui concerne leur santé. Les femmes âgées peuvent avoir de la difficulté à trouver un médecin qui les aidera à prévenir les problèmes. L'étude a démontré que les besoins des femmes de 45 à 65 ans étaient particulièrement minimisés. (Women and Aging Project Community-based Needs Assessment. Rapport final et recommandations, 1993, p. 19-20 et p. 22.)

L. **La culture**

Constatations

i. *Les problèmes des immigrants âgés sont similaires à ceux des non-immigrants âgés, mais en raison des barrières linguistiques et culturelles l'isolement est souvent plus marqué chez les premiers que chez les seconds.*

L'Association internationale francophone des aînés a constaté que bien des immigrants âgés éprouvent un sentiment d'isolement non seulement dans leur nouveau pays parce que la langue et les valeurs y sont différentes des leurs, mais également par rapport aux membres de leur famille qui, avec le temps, parviennent plus facilement qu'eux à s'intégrer à la nouvelle culture. Ils doivent aussi vivre avec la nostalgie du pays qu'ils ont quitté. Comme le disait un vieil Haïtien : « Vieillir n'est pas facile, mais ce l'est deux fois moins dans un pays étranger. » (Association internationale francophone des aînés, 1995, Rendez-vous d'automne, p. 4)

ii. *Les différences en ce qui a trait à l'échelle des valeurs et aux perceptions concernant la santé et les soins de santé peuvent également accroître la vulnérabilité des aînés faisant partie de minorités culturelles.*

Ainsi, le London InterCommunity Health Centre a constaté que les membres des communautés ethnoculturelles s'en remettent généralement aux membres de leur famille, à leurs amis et à des gens de leur groupe culturel quand ils ont besoin d'aide. Il est donc particulièrement important de renforcer les réseaux d'aidants naturels dans ces communautés. (London InterCommunity Health Centre, 1995, projet de manuel, p. 38)

iii. *Les méthodes de travail doivent tenir compte des habitudes de vie des Autochtones âgés.*

Le projet Saskatchewan Older Aboriginal Adults Learning a permis de constater que les programmes éducatifs doivent être conçus et pouvoir être évalués en fonction de la culture des Autochtones auxquels ils s'adressent, et que les priorités doivent en être établies de concert avec les Anciens. Les méthodes et projets de recherche doivent être adaptés aux réalités culturelles et politiques des Anciens. Par exemple, la manière d'aborder une collectivité pour y effectuer une recherche ou y entreprendre des discussions varie selon la Première nation ou la communauté métisse dont il s'agit. Le consultant doit faire preuve de respect envers la communauté locale. (Seniors' Education Centre, University of Regina, 1994)

Quelles connaissances pratiques avons-nous acquises en ce qui concerne les stratégies de promotion de la santé?
Quels outils et ressources ont été produits pour venir en aide aux collectivités?

Cette section du rapport résume les constatations tirées des approches de promotion de la santé et énumère les outils élaborés ou utilisés dans le cadre des projets examinés pour la préparation du présent rapport. Lorsqu'un outil est indiqué, le projet auquel il se rapporte est lui aussi précisé avec l'adresse et le numéro de téléphone de la personne ou de l'organisme avec qui communiquer.

A. Comment pouvons-nous le mieux nous attaquer aux facteurs qui rendent les aînés particulièrement vulnérables aux affections chroniques, aux blessures et à la maladie?

La prévention en général

Constatations

i. *L'information et l'éducation sont essentielles à la prévention. Pour que l'éducation soit vraiment efficace, les programmes devraient être conçus spécialement pour la collectivité et s'adresser à des groupes particuliers d'aînés, ce qui les rendrait plus pertinents et encouragerait l'adoption d'approches appropriées de diffusion des connaissances.*

Le programme Age Wise avait pour but de combler une lacune en ce qui concerne les renseignements mis à la disposition des aînés des régions rurales. « Bien souvent, les ateliers ont été des agents de changement car les aînés indiquaient des mesures préventives sans lesquelles ils étaient susceptibles de se trouver dans une situation à risque » [Traduction]. (Fort Saskatchewan Seniors Advisory Board et Alberta Association on Gerontology, 1995, p. 15) Le Community Links Program est un réseau reliant, à la grandeur de la Nouvelle-Écosse, des « collectivités rurales et leur population d'aînés qui mettent en commun leurs expériences et leurs compétences pour répondre, par l'intermédiaire du développement communautaire, aux problèmes associés au vieillissement, à la santé et à la vie en milieu rural » [Traduction]. (Community Links, rapport d'étape, p. 6) Au moyen d'ateliers, de bulletins, de témoignages et de jumelages communautaires, les membres du réseau se renseignent sur les programmes communautaires et les connaissances acquises dans les collectivités.

ii. *Les indices permettant de prédire les risques élevés de blessure et de placement en établissement devraient être transmis aux fournisseurs de services afin qu'ils puissent concevoir des programmes destinés aux groupes à risque élevé.*

Il ressort du Halton Seniors Home Safety Project que les chutes sont, chez les aînés, la principale cause d'hospitalisation et de placement à long terme en établissement. De 1986 à 1990, 2 348 personnes de 65 ans et plus ont fait une chute,

ce qui représente 44 p. cent des chutes dans la région. Pendant cette période, 87 aînés sont morts des suites d'une chute. (Halton Seniors Home Safety Project, comité consultatif - Oakville-Trafalgar Memorial Hospital, 1996) De plus, une étude canadienne portant sur les admissions dans les établissements de soins infirmiers a mis en évidence les indices permettant de prévoir le placement en établissement : âge avancé (plus de 85 ans); logement dans une maison de retraite; vie à domicile sans conjoint; déficience mentale; congé récent de l'hôpital; difficulté à accomplir les activités de la vie quotidienne. (Shapiro and Tate, 1985, cité dans Citizen Advocacy Society of Lethbridge, 1994)

iii. *L'épuisement du soignant est un facteur de risque de placement en établissement.*

Parrainé par les Infirmières de l'Ordre de Victoria, Medicine Hat et districts, l'Adult Day Support Model - Teeoda Lodge a mené à la conclusion que l'épuisement du soignant constitue l'un des plus grands facteurs de risque de placement en établissement. En conséquence, les membres de l'Ordre ont conçu leur propre programme polyvalent afin d'offrir des services pratiques aux aînés et aux aidants, par exemple, la supervision pharmacologique et l'aide au transport, et de fournir aux aidants du counseling et de l'éducation en matière de santé. Elles ont trouvé qu'il était essentiel d'inclure les aînés et les aidants dans un système intégré de services conçu pour prévenir les problèmes et pour préserver la santé. (Infirmières de l'Ordre de Victoria, Medicine Hat et Districts, 1995)

iv. *Les programmes visant à réintégrer les aînés dans la collectivité à la suite de divers problèmes personnels ou de santé peuvent réduire les besoins de soins de santé et de soutien de longue durée qui découlent des perturbations psychologiques, des maladies et des blessures associées à ces problèmes.*

Le programme New Beginnings, projet d'entraide entre pairs de Kitchener (Ontario), offre toute une gamme d'activités individuelles et de groupe pour aider les aînés à surmonter leur épreuve et à s'intégrer de nouveau à la collectivité. (SHARE, 1994, rapport d'étape, janvier à juin 1996)

v. *Divers programmes de vie active peuvent aider à prévenir les blessures, à améliorer la santé et à réduire l'isolement social qui contribue à l'apparition d'affections chroniques et à l'aggravation de certaines maladies.*

Un programme de danse et de mouvement pour les aînés d'Ottawa-Carleton a mis ce principe en pratique auprès d'aînés dont la mobilité et la santé variaient grandement. Il mettait l'accent sur la prévention et l'éducation, renforçait la capacité d'autonomie, et encourageait les aînés à assumer la responsabilité de leur santé et à s'entraider. Les résultats montrent que les programmes de danse et de mouvement accroissent la mobilité, aident à maintenir, voire à augmenter, le niveau d'activité, améliorent le fonctionnement des appareils circulatoire et respiratoire, et favorisent l'équilibre, la coordination, le tonus musculaire et l'orientation dans l'espace, fonctions qui aident toutes à prévenir les chutes et sont l'occasion de s'adonner sans crainte à des activités psychosociales agréables. (« Movement for Health: Dance/Movement Therapy Programming with Seniors »)

vi. *L'évaluation des programmes de prévention et d'intervention peut contribuer à la réalisation de leurs objectifs. Elle peut aussi améliorer le sentiment d'accomplissement et stimuler le changement créatif.*

Le projet Movement for Health dont il est question ci-dessus a donné lieu à la création d'un guide d'évaluation des programmes communautaires axés sur les approches de promotion de la santé.

Outils

1. Le Central West Seniors' Safety Committee et le Halton Seniors Home Safety Project ont créé une liste de contrôle intitulée Ê*tes-vous en danger?* qui contient des questions visant à évaluer la sécurité d'un domicile et offre des conseils pour améliorer la sécurité dans la cuisine, la chambre à coucher, la salle de bain et le sous-sol, mais aussi la sécurité concernant les médicaments et les incendies. Cette liste est publiée en anglais, en portugais, en italien, en français et en polonais. Un signet et un guide de présentation ont aussi été produits. Pour renseignements : The Trauma Prevention Council of Hamilton-Wentworth, 237, rue Barton est, Hamilton (Ontario), L8L 2X2, téléphone : (905) 528-8300, télécopieur : (905) 525-4994.

2. De concert avec leurs partenaires, les Infirmières de l'Ordre de Victoria du sud de l'Alberta, ont créé un certain nombre de documents utilisés dans le cadre des services de jour intégrés dispensés aux aînés à risque. En voici les titres : Group Sessions Program Planning; Client Outcome-Oriented Documentation Form; VON Adult Day Program Evaluation Assessment Tool; Adult Day Program Job Descriptions. Pour renseignements : Infirmières de l'Ordre de Victoria du sud de l'Alberta, 631, promenade Prospect sud-ouest, Medicine Hat (Alberta), T1A 4C2, téléphone : (403) 529-8025, télécopieur : (403) 529-8026.

3. Weaver, Lynda : « How to do Simple Evaluation on Seniors Health Promotion Programs », Ottawa, 1994. On peut obtenir ce guide au coût de 25 $ en communiquant avec Mme Lynda Weaver, au 96, Harrold Place, Ottawa (Ontario), K1Z 7N8, (613) 728-4678.

4. Dans le cadre du projet Healthy Aging for the Mature Woman, la Women's Health Clinic de Winnipeg a produit une vidéo, des feuillets d'information et un

guide des ressources sur la femme âgée et le vieillissement en santé. Ces documents peuvent être commandés à la Women's Health Clinic, 419, avenue Graham, 3e étage, Winnipeg (Manitoba); téléphone : (204) 947-1517, télécopieur : (204) 943-3844..

Affections chroniques

Constatations

1. *Les programmes d'éducation en matière de santé peuvent améliorer la capacité de composer avec les affections chroniques.*

Les affections chroniques comme l'arthrite peuvent être débilitantes et démoralisantes en plus de réduire substantiellement la qualité de vie. L'Arthritis Self-Help Management Program est une initiative de promotion de la santé qui se déroule sur six semaines et aide les arthritiques à avoir plus de contrôle sur la gestion quotidienne de leur affection. Ce programme offre des renseignements, des conseils pratiques et du soutien à des groupes. Les résultats de l'évaluation effectuée au Manitoba et en Ontario ont révélé que les personnes qui ont participé au programme faisaient plus fréquemment des exercices de relaxation et d'étirement; la qualité de leur vie et leur santé mentale s'étaient améliorées; leurs douleurs et leurs autres symptômes avaient diminué; et elles avaient un regain d'énergie, même si leur invalidité ne s'était pas modifiée. (Société d'Arthrite, sans date, p. 13)

ii. *Le jardinage peut constituer un outil thérapeutique pour diverses affections chroniques.*

Un projet innovateur mené en Colombie-Britannique (Green Thumb Seniors) a utilisé le jardinage comme thérapie pour réduire l'isolement social, pour améliorer l'estime de soi, pour réduire la dépression et pour accroître les habiletés motrices et cognitives des résidents des centres de soins de longue durée, ainsi que pour leur donner l'occasion de résoudre des problèmes, d'avoir une interaction sociale et de communiquer. « Les thérapeutes-horticulteurs analysent l'état du patient, évaluent ses limites et ses capacités cognitives, adaptent les activités en fonction des incapacités, établissent des objectifs et évaluent les progrès. Un aîné faisant beaucoup d'arthrite peut planter des bulbes et s'en occuper; une aveugle peut cultiver des herbes et en apprécier le parfum et la texture; une personne en fauteuil roulant peut s'occuper de

plantes disposées sur un chariot léger accessible. » [Traduction] Comme une infirmière l'a fait remarquer : « À l'hôpital, on fait tout pour eux. Dans le jardin, ils font le travail eux-mêmes. » [Traduction] (The Green Thumb Program, 1996, p. 3, 5)

iii. *Assurer la présence d'une infirmière dans un ensemble d'habitation pour aînés ou qui compte une grande proportion d'aînés aide à améliorer la qualité de vie de ces personnes, en particulier celles qui souffrent d'affections chroniques.*

Les membres du comité du mieux-être de la Meadowcroft Tenants Association ont trouvé que la présence d'une infirmière dans leur ensemble d'habitation constituait un atout pour la collectivité car elle améliorait la qualité de vie des résidents. (Meadowcroft Tenants Association, 1995)

iv. *Le manque de programmes de services à domicile et de planification destinés aux aînés ayant un retard de développement et à leurs aidants est un problème grandissant dans le domaine des soins aux malades chroniques.*

Le problème des soins et du soutien fournis aux aînés ayant un retard de développement et à leurs aidants est relativement nouveau parce que les bénéficiaires de soins vivent maintenant plus longtemps, souvent jusqu'à un âge avancé, et que les probabilités qu'ils soient placés en établissement sont faibles. « À cause des anciennes politiques et de diagnostics inappropriés, les rapports entre les parents âgés et les fournisseurs de services sont souvent tendus. Ces personnes s'évitent et se méfient les unes des autres, ce qui fait que de nombreux parents restent le plus possible à l'extérieur du système de services et qu'ils obtiennent seulement l'aide qu'ils jugent absolument nécessaire pour eux et leurs enfants » [Traduction]. (Prince Edward Island Association for Community Living, 1995, p. 12) Ces aidants ont besoin d'être renseignés sur les possibilités de placement en établissement au cas où ils auraient besoin de faire des arrangements pour leurs enfants adultes ayant un retard de développement.

v. *En particulier, il existe un besoin grandissant de planification et de programmes de retraite pour aider les adultes atteints d'un retard de développement à s'intégrer au reste de la population des aînés.*

Les Windsor Community Living Support Services ont trouvé qu'à l'instar du reste de la population, les adultes ayant un retard de développement font de plus en plus l'objet d'une mise à la retraite forcée ou anticipée. Il peut être particulièrement difficile pour ces personnes de se préparer à la retraite et de s'intégrer au reste de la population des aînés. Il semble aussi que beaucoup de ces adultes ne sont pas acceptés dans les foyers pour personnes âgées à cause du préjugé associé au qualificatif « retardé », même si la personne en cause a besoin de moins de soins physiques que les autres résidents. (Windsor Community Living Support Services, 1996)

Outils

1. L'Arthritis Self-Help Management Program a produit le *Leader's Manual* pour le cours de six semaines offert par des bénévoles qualifiés. Pour renseignements : La Société d'Arthrite, 250, rue Bloor est, Bureau 401, Toronto (Ontario), M4W 3P2, téléphone : (416) 967-1414, télécopieur : (416) 967-7171.

2. La description du projet Green Thumb Seniors peut aider les intéressés à mettre sur pied un programme thérapeutique d'horticulture. Pour renseignements : New Horizons Green Thumb Seniors, 1650, rue Fort, Victoria (C.-B.), V8R 1H9, téléphone : (250) 595-2313, télécopieur : (250) 595-4137.

3. Du matériel de formation, dont une vidéo et des ressources éducatives pratiques en communication, y compris un manuel de formation à l'intention des médecins et un autre pour les partenaires bénévoles, a été élaboré pour les personnes qui travaillent avec des personnes atteintes d'aphasie chronique (trouble du langage causé par un traumatisme cérébral qui fait habituellement suite à un accident cérébrovasculaire). Ces documents sont disponibles à l'Aphasia Centre - North York, 53, The Links Road, North York (Ontario) M2P 1T7, téléphone : (416) 226-6363, télécopieur : (416) 226-3706.

4. La Schizophrenia Society of Saskatchewan a créé un guide intitulé *Seeking Security - Now and in the Future: Guidelines for Estate Planning and Wills for Parents of Persons with Psychiatric Disabilities*. Cet ouvrage contient des conseils sur les aspects juridiques et financiers de la prestation de soins de longue durée à un membre de la famille lorsque le soignant n'est plus en mesure de fournir ces soins. Pour obtenir un exemplaire du guide, envoyer 8 $

à la Schizophrenia Society of Saskatchewan, Boîte postale 305, Regina, Saskatchewan, S4P 3A1, téléphone : (306) 584-2620, télécopieur : (306) 584-0525.

Blessures/Accidents

Constatations

i. *Les programmes d'éducation sur les médicaments d'ordonnance qui s'adressent aux aînés, à leurs aidants et aux professionnels de la santé peuvent réduire le risque de surdosage accidentel ou de réactions indésirables.*

Il ressort du projet Médic-Action qu'après avoir participé à un programme d'éducation, le pourcentage d'aînés qui interrogeaient leur pharmacien sur les médicaments qui leur étaient prescrits avait plus que doublé; que le pourcentage d'aînés qui appelaient pour avoir de l'aide lorsque leurs médicaments leur posaient des problèmes avait presque doublé, passant de 36,5 à 66,6 p. cent; que plus d'aînés ont indiqué qu'ils savaient où s'adresser pour avoir de l'aide en cas de besoin; que les dangers de consommer de vieux médicaments étaient beaucoup mieux connus (augmentation de 12 à 64 p. cent); que plus d'aînés connaissaient les dangers de combiner des médicaments délivrés sur ordonnance à d'autres en vente libre. (Projet Médic-Action, rapport final, 1995, pp. 12-14)

ii. *Le théâtre est une méthode d'éducation populaire et éprouvée auprès des aînés pour aborder de nombreuses questions, y compris la consommation de médicaments délivrés sur ordonnance et d'autres questions de santé et de sécurité.*

Le Centre d'information et de référence sur les médicaments chez les aîné(e)s, Les aîné(e)s de Jonquière, a utilisé cette approche. Les organisateurs ont trouvé que les pièces humoristiques créées et jouées par des aînés ont constitué l'élément le plus réussi du projet sur l'utilisation rationnelle des médicaments. L'expérience a montré que, pour remporter un grand succès, les productions théâtrales doivent être dirigées par un professionnel bénévole.

Outils

1. Un carnet de suivi des ordonnances a été élaboré pour le projet Médic-Action. Pour renseignements, communiquer avec l'Association québécoise pour les droits des retraités-es et pré-retraités-es, 30, rue Saint-David, Magog (Québec), C.P. 293, J1X 3W8, téléphone : (819) 868-2342, télécopieur : (819) 868-2342.

2. Un document éducatif, appelé SVP (Savoir, Vouloir, Pouvoir), qui consiste en une liste de questions regroupées sous chacun de ces titres, a été élaboré pour encourager les aînés à prendre l'initiative de se renseigner sur les médicaments qui leur sont prescrits. Cet outil est disponible auprès de Médic-Action. (Voir l'adresse et les numéros de téléphone et de télécopieur indiqués ci-dessus)

3. Médic-Action offre aussi de petites affiches (8,5 po sur 11 po) portant sur divers problèmes de santé et sur les médicaments, y compris sur la façon de traiter sans médicament des problèmes de santé communs, p. ex. les maux de tête et la constipation. (Voir l'adresse et les numéros de téléphone et de télécopieur indiqués ci-dessus)

4. Le Conseil consultatif canadien pour l'adaptation de l'emballage aux besoins des aînés (CCCAEA) a effectué une enquête nationale sur les emballages (qui a indiqué que les emballages et les étiquettes étaient peu pratiques et une source de frustration pour de nombreux aînés). L'organisme a aussi créé, à l'intention de l'industrie de l'emballage, *Silver Market*, une trousse de présentation sur les besoins des aînés en la matière, ainsi que le *TIPS Information Program*, qui comprend une vidéo, un guide de l'animateur, des brochures pour les participants, une vidéo promotionnelle sur les conseils d'emballage, ainsi que des conseils utiles pour les aînés et les groupes communautaires. Pour renseignements : CASPAC, 2255, av. Sheppard est, Bureau E330, Willowdale (Ontario), M2J 4Y1, téléphone : (416) 490-7860, télécopieur : (416) 490-7844.

5. Médic-Action offre également un protocole d'intervention élaboré avec le concours de nombreux fournisseurs de services qui s'adresse aux professionnels de la santé et traite de l'usage approprié des médicaments et des pratiques en matière d'ordonnances. (Voir l'adresse et les numéros de téléphone et de télécopieur indiqués ci-dessus)

6. La composante théâtrale de l'initiative, Les aînés(es) de Jonquière, a été diffusée par la station locale de télévision communautaire par câble. Les trois

sketches diffusés chacun avec une courte interview durent au total 90 minutes et sont offerts sur cassette. Pour renseignements : Les aîné(e)s de Jonquière, 3245, rue des Pensées, Jonqui re (Québec), G7S 5T6, téléphone : (418) 548-6444, télécopieur : (418) 548-4484.

Mauvais traitements

Constatations

i. *Il est nécessaire d'offrir des groupes de soutien aux femmes âgées qui ont été victimes de mauvais traitements.*

Dans de nombreuses collectivités, il existe des programmes de soutien des femmes qui ont été maltraitées par leurs maris ou partenaires, ou pendant leur enfance. Cependant, les femmes âgées sont souvent mal à l'aise dans ces programmes parce que la plupart des participantes sont plus jeunes, se préoccupent de leurs enfants et ont d'autres inquiétudes qui ne concernent plus les aînées. Une participante de l'Older Women's Long Term Survival Project a souligné l'importance des groupes de soutien des aînées victimes de mauvais traitements :

> « Nous sommes là, à la fin de notre vie, en train de saisir ce qui est pour certaines d'entre nous la dernière occasion de se réaliser pleinement et de trouver la paix d'esprit... Une des principales choses que nous avons découvertes dans notre union est la force que nous pouvons retirer des contacts avec d'autres femmes qui ont parcouru un chemin semblable au nôtre. Ces contacts sont sources de soutien, d'encouragement, d'idées de changement et de guérison ». [Traduction] (Older Women's Long Term Survival Project, 1995, pp. 31-32)

Des femmes de Kingston (Ontario) ont également signalé le besoin d'interventions thérapeutiques axées particulièrement sur les « aînées victimes d'agressions sexuelles qui risquent d'avoir des difficultés psychologiques, des comportements autodestructeurs et des problèmes de toxicomanie et de redevenir des victimes ». [Traduction] (Kingston Sexual Assault Crisis Centre, proposition, 1995)

ii. *Les aînés et leur famille, y compris leurs petits-enfants et les autres enfants d'âge scolaire de leur famille, doivent être mieux renseignés sur les mauvais traitements.*

Le Seniors Educating Seniors About Elder Abuse Project a révélé que non seulement les aînés mais aussi les jeunes, y compris les membres des familles qui prennent soin de personnes âgées, étaient peu renseignés sur les mauvais traitements infligés aux aînés.

iii. *Les aînés victimes de mauvais traitements ont aussi besoin de défenseurs, de conseillers, de services de transport, d'une protection adéquate assurée par la loi et la police, ainsi que d'un endroit où se réfugier.*

Il s'agit là d'une partie des conclusions de l'étude A Rural Study of Senior Women Victims of Violence, qui a aussi mis en évidence que les personnes âgées qui sont victimes de violence sont moins susceptibles de rester chez elles. « Elles disent qu'elles se sentaient vulnérables chez elles, ce qui les a poussées à trouver de nouvelles conditions de logement. » [Traduction] (p. 61) L'étude révèle aussi que les femmes préfèrent entrer en contact avec des défenseurs et des personnes ressources qui sont aussi des femmes âgées et, idéalement, qui ont un lien avec un organisme communautaire sans but lucratif. Tant les responsables de l'Older Women's Long-term Survival Project en Alberta que ceux de l'Elder Abuse Prevention Project en Saskatchewan estiment qu'il est nécessaire de poursuivre les efforts pour aider les aînés qui sont ou ont été victimes de mauvais traitements.

Outils

1. *A Handbook for Older Women who have Survived Abuse* est vendu par l'Older Women's Long-Term Survival Project, 807, 6e rue sud-est, C.P. 718, Calgary (Alberta) T2G 4V8; téléphone : (403) 253-2912. Le prix est de 5 $, plus 1 $ de frais de manutention et d'expédition.

2. Le groupe Elliot Lake Retirement Living a publié un document intitulé *Seniors at Risk Manual: A Practical Guide to Care Providers* en 1996. Ce document a été corédigé par des fournisseurs de services communautaires qui s'intéressent à un certain nombre de sujets de recherche, notamment les mauvais traitements, l'abus d'alcool et de médicaments, les problèmes de santé mentale et la

négligence pour ce qui est de prendre soin de sa personne. Pour renseignements, communiquer avec Elliot Lake Retirement Living at Algo Centre Mall, 151, av. Ontario, Elliot Lake (Ontario), P5A 2T2, téléphone : (705) 848-4911.

3. Le Speakers Advocates and Group Educators for Seniors in Winnipeg Project a produit, à l'intention des personnes de 55 ans et plus, un manuel de formation leur permettant d'apporter du soutien aux aînés victimes de mauvais traitements. Communiquer avec Age and Opportunity Elder Abuse Resource Centre, 2e étage, 283 av. Portage, Winnipeg (Manitoba), R3B 2B5, téléphone : (204) 956-6440, télécopieur : (204) 946-5667.

4. Le Haldimand-Norfolk Elder Abuse Project a créé une brochure sur les mauvais traitements infligés aux aînés; un manuel d'enseignement intitulé : « Toward an understanding ... The abuse and neglect of older adults in Haldimand-Norfolk »; un guide des ressources intitulé « How to help ... The abuse and neglect of older adults in Haldimand-Norfolk »; un centre de ressources complet (le public pourra emprunter ces documents); et un formulaire intitulé « Individual Case Data Collection Form» conçu pour recueillir des données sur une base anonyme sur les mauvais traitements infligés dans la collectivité et dans les établissements de soins de longue durée. Pour renseignements : Adult Mental Health Services of Haldimand-Norfolk, C.P. 760, 26, rue Main nord, Hagersville (Ontario), N0A 1H0, téléphone : (905) 768-1101, télécopieur : (905) 768-5804.

5. L'Elder Abuse Prevention Project du centre d'éducation des aînés de la University of Regina a produit le *Module de sensibilisation aux mauvais traitements des aînés* et un supplément contenant des données statistiques, des réponses juridiques et une liste de ressources humaines de la Saskatchewan dans le domaine des mauvais traitements infligés aux aînés. Ces documents s'adressent à la fois aux aînés et aux professionnels; ils sont offerts en anglais et en français. On peut acheter le module original au coût de 10 $, plus 2 $ de frais de poste, et le supplément au coût de 8 $, plus 2 $ de frais de poste. Pour renseignements, communiquer avec le Seniors' Education Centre, University Extension, Gallery Building, University of Regina, Regina (Saskatchewan), S4S 0A2, téléphone : (306) 585-5816, télécopieur : (306) 585-5736.

Maladie

Constatations

i. *Il faudra offrir un plus grand nombre de programmes communautaires pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et d'autres maladies qui entraînent des déficiences cognitives.*

Alzheimer P.E.I. a estimé que, d'ici l'an 2020, le nombre de victimes de la maladie d'Alzheimer aura plus que doublé. Actuellement, environ 50 p. cent des personnes atteintes vivent dans la collectivité. Étant donné les compressions budgétaires effectuées dans le système de santé, il est probable que ce pourcentage augmentera aussi. Le programme Special Steps, projet pilote de la division de Halton des Infirmières de l'Ordre de Victoria, est un bon exemple d'intervention communautaire auprès des personnes souffrant de déficiences cognitives. Il offre de la formation et du soutien à des bénévoles (dont beaucoup sont des personnes âgées) qui tiennent compagnie aux personnes atteintes et supervisent leurs sorties. Il assure également des soins de relève pour soulager les aidants tout en tenant compagnie et en stimulant les bénéficiaires. (Alzheimer P.E.I., 1994)

Outils

1. La division de Halton des Infirmières de l'Ordre de Victoria a produit un document de formation des bénévoles qui rendent visite aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres déficiences cognitives et qui les aident à marcher. Ce document, destiné exclusivement aux participants au programme, s'intitule *Special Steps: A Walking/Visiting Program for Persons Experiencing Alzheimer and/or Related Disorders*. Pour plus de renseignements : VON, Halton Branch, 2370, chemin Speers, Oakville (Ontario), L6L 5M2, téléphone : (905) 827-8800, télécopieur : (905) 827-3390.

B. Comment pouvons-nous doter les systèmes de santé et de services sociaux, les collectivités et les réseaux de soutien personnel des moyens nécessaires pour leur permettre de répondre aux besoins des aînés?

Doter les systèmes de santé et de soutien social des moyens de répondre aux besoins des aînés

Constatations

i. *Fournir un continuum de services pour répondre aux besoins individuels et aux réalités communautaires.*

En Alberta, trois partenaires, à savoir la Community Continuing Care Branch of Alberta Health, le Seniors Advisory Council for Alberta et l'Association canadienne de gérontologie, sont en train d'élaborer des modèles qui démontreront la viabilité d'un continuum de soins au sein du réseau communautaire et qui traiteront des besoins sociaux, intellectuels, spirituels, physiques et médicaux. Cette approche tente de donner aux gens des choix en ce qui concerne les programmes et les services dont ils ont besoin. Six modèles de soins continus ont été élaborés : des programmes de vie familiale, dans lesquels les aînés vivent avec des familles et reçoivent des soins continus dans des maisons privées; un programme d'enrichissement du patrimoine autochtone; un programme de soins pour les personnes atteintes de démence; des programmes de soins provisoires et de soins communautaires intégrés; un programme de vie en résidence avec services de soutien qui applique les principes du respect de la vie privée, du choix, de l'individualité et de l'autonomie.

ii. *Se concentrer sur les aspects positifs du vieillissement.*

Il ressort de plusieurs projets que les aînés et les aidants préfèrent recevoir des messages ou des renseignements positifs plutôt que négatifs (Women's Health Clinic, *Women and Aging Project Community-based Needs Assessment*, 1993). La plupart des projets ont révélé que les aînés veulent des programmes qui reconnaissent leurs intérêts, leurs forces et leurs habiletés.

iii. *Améliorer l'accès aux programmes et réduire les préjugés à l'égard des aînés dans les régions rurales et isolées en décentralisant les programmes dans de petits bureaux satellites.*

Le projet d'alphabétisation du comté de Renfrew recommande que les vastes programmes ruraux soient décentralisés.

> « Diverses collectivités ont besoin de personnes de leur région pour promouvoir le programme et diriger des bureaux faisant office de centres de ressources... Des mini-satellites [de programmes importants] offrent l'occasion

de suivre le programme sans se sentir menacés car les intéressés peuvent passer pour « voir » sans réellement admettre leur problème ». [Traduction] (Council on Aging, comté de Renfrew, 1995, p. 17)

iv. *Veiller à ce que les programmes conviennent aux aînés qui savent à peine lire ou sont peu instruits.*

Plusieurs projets ont mis en lumière l'importance de concevoir et de mettre en oeuvre des services qui tiennent compte des niveaux de scolarité des aînés et de la gêne qu'ils ressentent quand il s'agit de lire ou d'écrire. Par exemple, ces services peuvent consister à aider les aînés à remplir des formulaires. Les programmes d'alphabétisation pour les aînés peuvent être adaptés pour inclure des renseignements sur la santé et sur d'autres points qui les intéressent. Étant donné que le quasi-analphabétisme est un problème caché, les responsables du programme d'alphabétisation du comté de Renfrew ont jugé essentiel de collaborer étroitement avec les médias pour profiter de l'effet du bouche à oreille par lequel la famille et les amis transmettent l'information aux aînés, qui peuvent alors chercher à s'inscrire au programme. (Council on Aging, comté de Renfrew, 1994)

v. *Accroître le nombre de coordonnateurs des activités et du soutien dans les résidences et organismes pour personnes âgées.*

Lancé par l'association des locataires d'un ensemble d'habitation sans but lucratif pour aînés à faibles revenus et parrainé par la société d'habitation qui finançait le salaire de l'unique coordonnateur, le Wellness in Meadowcroft Project offrait toute une gamme d'activités qui incitaient les aînés à sortir de leur appartement, et les aidaient à rencontrer des voisins et à devenir plus actifs dans la collectivité. Lorsque le financement a pris fin, le programme a perdu son coordonnateur. Un locataire en colère a demandé :

> « Cela ne coûterait-il pas moins cher d'offrir ce service et de faire de nous des citoyens plus heureux et en meilleure santé que de voir les gens rester assis et végéter, aller constamment chez le médecin et à l'hôpital? Grâce aux services d'un coordonnateur, même les aînés à faible revenu se sentent à l'aise dans leur appartement car ils peuvent compter sur quelqu'un qu'ils connaissent et à qui ils font confiance ». [Traduction] (Meadowcroft Tenants Association, 1995, p. 2)

vi. *Regrouper les programmes et les professionnels pour créer des centres de mieux-être et de santé qui répondent aux besoins des personnes de tous âges en matière de soutien médical, psychologique et social. En général, lorsque c'est possible, établir des liens entre les programmes existants puis évaluer la nécessité de créer de nouveaux programmes.*

Des aînés qui vivent près de Nanaimo (Colombie-Britannique) ont souligné la nécessité d'avoir un centre de mieux-être et de santé. Ils l'ont décrit comme un endroit qui les aiderait à répondre à leurs besoins de soutien médical, psychologique et social. Selon eux, le centre devrait offrir des services médicaux dispensés par divers professionnels de la santé, tels que des diététistes, des médecins et des infirmières ou infirmiers. Ils étaient aussi d'avis qu'il faudrait constituer un répertoire médical pour aider les gens à communiquer avec d'autres services de santé de la collectivité. Ils verraient bien le centre organiser des ateliers sur les soins préventifs et les médecines douces comme le Reiki, la kinésithérapie et le massage. Des aînés interrogés, 80 p. cent voulaient que le centre offre des services à tous les groupes d'âges. Pour servir les aînés de tout le district, ils ont aussi recommandé d'envisager la mise sur pied de programmes de services à domicile et de bureaux satellites. (Association canadienne pour la santé mentale, division de Nanaimo, rapport d'évaluation, p. 4)

La Women's Health Clinic de Winnipeg met ce modèle en pratique. Il s'agit d'un organisme communautaire de santé ouvert aux femmes de tous âges et géré par elles. En ayant recours à divers fournisseurs de soins, dont des médecins, des infirmières, des éducatrices, une travailleuse sociale, une diététiste, des étudiantes et des femmes qualifiées, il offre des services médicaux, du counseling, de l'éducation en matière de santé, et de la formation, en plus de défendre la cause des femmes. Le programme est dirigé par un conseil d'administration constitué de bénévoles.

vii. *Si possible, encourager la collaboration entre les programmes pour faciliter l'accès des aînés aux services et pour réduire le double emploi et les coûts.*

Un projet a révélé qu'il était important qu'un programme de soutien des personnes en deuil dirigé par des aînés établisse un partenariat et des communications continues avec des salons funéraires locaux, en particulier ceux qui offrent des services de soutien. Même si au début il a semblé y avoir une certaine concurrence, la coopération et l'information mutuelle ont permis de clarifier la situation et ont donné aux aînés plus de choix en matière de soutien dans le deuil. (SHARE, 1994) Les personnes qui ont participé au projet Seniors for Personal Development and Independence mené à Terre-Neuve attribuent une grande partie de son succès au fait que ce projet fait entrer en jeu de nombreux partenaires qui épaulent les aînés participants, qui ont pris un engagement à l'égard du projet et qui aideront à assurer sa continuité. Certains projets ont montré qu'il est possible d'encourager la collaboration en tenant compte des intérêts, des préoccupations et des événements locaux. Par exemple, le projet Cooperative Action for Seniors est intervenu lors d'une panne d'électricité prolongée au cours de laquelle des aînés sont restés sans chauffage ni éclairage pendant plus de trois jours. Cette urgence a mobilisé divers organismes, qui ont ensuite continué à collaborer pour régler des problèmes touchant les personnes âgées.

viii. *Recourir à des pairs pour défendre la cause des personnes âgées.*

Le rapport du projet Cooperative Action for Seniors précisait que « de nombreuses personnes ont appelé pour dire combien elles appréciaient de pouvoir parler à quelqu'un de leur âge qui avait fait les mêmes expériences qu'elles et avec lequel les communications étaient faciles ». [Traduction] (St. John's Seniors Resource Centre, 1995, rapport final, p. 8) Le même rapport concluait que la défense par les pairs profitait également aux défenseurs. « Le plaisir que de nombreux pairs prenaient à défendre la cause des personnes âgées était évident. En outre, les membres des familles ont indiqué avoir constaté une différence chez leurs parents, qui avaient maintenant un but et un rôle à jouer, une raison de se lever le matin et le sentiment d'accomplir quelque chose ». [Traduction] (p. 10)

ix. *Afin de fournir le type d'aide polyvalente que les aînés préfèrent, il est important que les fournisseurs de services repèrent les problèmes ou les besoins sous-jacents à ceux qui sont exprimés.*

Le Senior Peer Counselling Project de Penticton (Colombie-Britannique) a montré que des personnes étaient dirigées vers cette ressource dans les cas de maladie ou de blessure, de solitude et d'isolement, de changement de mode de vie, mais aussi dans les cas de deuil et de problèmes liés au vieillissement, à la dépression, aux aidants, aux relations difficiles, au stress, à la toxicomanie et à l'alcoolisme. Cependant, les problèmes étaient rarement isolés. Par exemple, la mort d'un conjoint pourrait déclencher une maladie qui viendrait s'ajouter à une santé déjà fragile. La maladie serait alors le problème dont se plaindrait probablement la personne âgée.

x. *Veiller à ce que les aînés et leurs familles soient bien au courant des services existants, et à ce que la question du transport et des horaires soit explorée avec les usagers potentiels. Il faudrait trouver des solutions originales pour surmonter ces difficultés.*

Pour réduire le besoin de nouveaux services, veiller à ce que tous les aînés, leurs aidants et d'autres membres de la famille soient au courant de l'éventail de services et de programmes offerts dans la collectivité. Les pairs-défenseurs peuvent constituer d'excellents catalyseurs à ce chapitre. Cependant, d'autres méthodes de communication moins conventionnelles peuvent être utilisées. Il est important de se rappeler que les besoins d'information et la réceptivité à celle-ci peuvent varier selon

la personnalité et le vécu. Par conséquent, le plus sûr moyen de réussir est d'adopter une approche individualisée. Par exemple, le Conseil sur le vieillissement de Frontenac-Kingston (1996) a trouvé que les aînés au tempérament autoritaire étaient plus susceptibles d'accéder à l'information dont ils avaient besoin. Cependant, il ne suffit pas toujours de connaître l'existence des services. La Caregiver's Association of British Columbia a constaté que, même si la majorité des aidants connaissaient les divers services offerts, seulement 23,2 p. cent en utilisaient un (Caregiver's Association of British Columbia, 1995, rapport final d'enquête, p. 37) Un projet du Québec a aidé à établir des centres d'information dans différentes régions et à former les bénévoles qui devaient y travailler. (Projet Info 3e âge) Voilà une autre façon de renseigner les aînés.

xi. *Si possible, offrir un programme de services à domicile pour rester en contact direct avec les aînés à risque.*

Par l'intermédiaire du Friendly Visitor Program de Colombie-Britannique, des bénévoles et du personnel téléphonent régulièrement à des aînés à risque ou des bénévoles ayant reçu la formation nécessaire leur rendent visite. Les bénévoles visiteurs rendent divers services : ils font les courses, sortent avec la personne pour prendre un repas ou un thé, se promènent ou font de petites sorties avec elle, ou encore, lui montrent simplement de l'intérêt. Les aînés sont aussi invités à participer à des repas communautaires. Un autre projet mené à Sudbury (Ontario), appelé Main dans la main, offrait les services indiqués plus haut ainsi que des programmes de promotion de la santé et de prévention aux aînés du milieu rural. Ces services et programmes étaient assurés par des centres de jour pour adultes établis en partenariat avec des clubs d'aînés de la région.

xii. *Il faudrait faire attention au langage utilisé dans les programmes afin de mettre les aînés à l'aise.*

Par exemple, les pairs-conseillers de Penticton (Colombie-Britannique) ont remarqué que le terme « client » les gênait.

xiii. *En général, il faudrait envisager de passer d'un modèle médical et curatif à un modèle psycho-préventif créé en utilisant des approches de développement communautaire.*

Une étude effectuée par Leclerc, Lefrançois et Poulin (1992) indique que, jusqu'à récemment, les politiques et l'intervention étaient centrées sur les modèles médicaux et curatifs et délaissaient les modèles psycho-préventifs. Les modèles médicaux ne favorisent pas l'autonomie ni la participation des aînés. (Élixir, rapport final, p. 19)

xiv. *Créer des programmes qui ne s'adressent pas seulement aux aînés et ne sont donc pas assortis de préjugés à leur endroit.*

À la Women's Health Clinic de Winnipeg, on a trouvé que « bien que les femmes puissent accéder aux services pour aînées dès l'âge de 55 ans, pour ce faire, il leur faut se considérer comme des aînées. Beaucoup de femmes âgées ne sont pas prêtes à le faire ». [Traduction] (Women's Health Clinic, *Women and Aging Project Community-based Needs Assessment*, 1993, p. 22)

xv. *Fournir des programmes qui soient pratiques et polyvalents.*

Le St. James/Assiniboia Wellness Centre de Winnipeg (Manitoba) est un centre de mieux-être administré par des infirmières qui a son siège dans un centre pour aînés. Des activités éducatives et sociales ainsi que du conditionnement physique sont offerts. S'y greffent des activités très pratiques comme de l'aiguillage non officiel, des services de réparation, d'entretien ménager et de transport.

Outils

1. Le projet Info 3e âge a mené à la publication d'un certain nombre de guides visant à faciliter la mise sur pied de centres d'information : un guide organisationnel qui montre comment former une équipe locale de bénévoles, comment épauler, motiver et administrer des bénévoles, comment faire la publicité des services et comment élaborer un guide sur les services destinés aux aînés. Il existe également un guide sur les activités de financement, un manuel de formation pour l'intervention par téléphone, des conseils pratiques sur la façon de recueillir des renseignements sur les services offerts aux paliers

local, régional ou provincial, et des guides d'information sur des questions comme les droits des consommateurs, l'impôt, celles qui concernent les décès, etc. Pour renseignements : Association québécoise pour les droits des retraités-es et pré-retraités-es, 3201, rue Dandurand, Montréal (Québec), H1Y 1V6, téléphone : (514) 526-3845, télécopieur : (514) 526-7151.

2. Le projet Main dans la main a donné lieu à un guide et à un vidéo, en français et en anglais, montrant comment monter des centres de jour ruraux pour adultes. Pour renseignements : Aide aux Seniors Sudbury District East Home Support Program, C.P. 370, Noelville (Ontario), P0M 2N0, téléphone : (705) 398-2174, télécopieur : (705) 898-3449.

3. À Mont-Laurier (Québec), Défi-Autonomie et le CLSC (Centre local de services communautaires) ont établi un protocole visant à assurer la complémentarité des services offerts par chacun de ces organismes. Pour renseignements : Défi-Autonomie d'Antoine Labelle, 610, rue de la Madone, Mont-Laurier (Québec), J9L 1S9, téléphone : (819) 623-6681, télécopieur : (819) 623-6681.

4. Le Seniors Peer Matching Service de Sydney (Nouvelle-Écosse) a publié *The Friendly Visitor's Handbook*. Ce petit guide peut être commandé au Volunteer Resource Centre, C.P. 1055, Sydney (Nouvelle-Écosse) B1P 6H7; téléphone : (902) 562-1245.

5. Le Senior Peer Support Advisory Board of Western Manitoba a produit de nombreux documents pour un programme de formation d'aînés qui doivent aider d'autres aînés, dont un guide pour l'animateur, un guide pour le participant et un répertoire des ressources d'apprentissage. Pour renseignements : Advisory Board, 510, rue Frederick, Brandon (Manitoba), R7A 6Z2, téléphone : (204) 729-3838, télécopieur : (204) 727-1610.

Doter les systèmes de santé et de soutien social des moyens de répondre aux besoins des aidants naturels

Constatations

i. *Les aidants naturels constituent une partie essentielle du système de soins de santé, mais ils ont besoin d'être reconnus et épaulés.*

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge estime que les aidants naturels fournissent de 75 à 85 p. cent de l'aide dispensée aux aînés qui ont besoin de soins dans la collectivité. Pourtant, ils restent invisibles et ont peu de soutien. (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1993, cité dans le London InterCommunity Health Centre, 1995, projet de guide, p. 1) Selon la P.E.I. Association for Community Living, les tendances sociales et démographiques amènent à conclure qu'il faudra compter de plus en plus sur les aidants naturels. Cet organisme pense qu'en raison de la prolongation de l'espérance de vie, c'est aux parents qu'incombera la principale responsabilité de s'occuper, tout au long de leur vie d'adulte et d'aînés, premièrement de leurs enfants et, ensuite, de leurs parents et petits-enfants. La tendance à avoir de plus petites familles dans la population adulte actuelle signifie qu'il y aura moins d'enfants adultes pour prendre soin des parents vieillissants. La plus grande proportion de femmes chefs de famille monoparentale créera des demandes spéciales et des pressions sur les femmes et réduira le potentiel d'aide naturelle dans ces familles. (P.E.I. Association for Community Living, 1995, p. 9) La Sandwich Generation Coalition de l'Île-du-Prince-Édouard fait aussi remarquer qu'« avec la suppression de lits dans les hôpitaux, les compressions budgétaires continuelles et la réforme du système provincial de santé, les aidants de la génération intermédiaire représentent un secteur grandissant de la société de l'Île ». [Traduction] (Sandwich Generation Coalition, 1994, p. 4)

ii. *Les programmes destinés aux aidants naturels doivent tenir du compte du fait que, comme le reste de la population, ces personnes vieillissent et ont souvent des besoins semblables à ceux des aînés dont elles prennent soin.*

L'étude de la P.E.I. Association for Community Living souligne que les aidants eux-mêmes sont souvent des personnes âgées à la santé précaire. Dans certains cas, elles prennent soin d'un conjoint âgé, d'enfants adultes dépendants et parfois même d'un parent très âgé. Une personne interrogée dans le cadre de l'étude a demandé :

« Quand est-ce que ma mère pourra prendre sa retraite? Elle a 73 ans et elle prend encore soin de mes deux frères et de ma soeur qui ont des handicaps mentaux ». [Traduction] (P.E.I. Association for Community Living, 1995, p. 47)

iii. *Les aidants âgés ont souvent besoin que l'on vienne au-devant d'eux pour les amener à profiter des services de soutien.*

L'évaluation des besoins de la génération intermédiaire a révélé qu'ironiquement « les aidants à risque élevé », ceux qui ont eux-mêmes un grand besoin d'aide, sont les moins susceptibles d'avoir le temps ou l'envie de participer à des recherches pour déterminer leurs besoins ou de chercher à accéder à des services de soutien. Certains projets ont permis de constater que les programmes qui vont au-devant des aidants naturels sont particulièrement importants parce que ces personnes ne s'identifient même pas comme des aidants.

iv. *Les aidants ont besoin d'une gamme de programmes de soutien mais aussi de relève, comme les programmes de jour pour aînés.*

Le projet de guide du London InterCommunity Health Centre rapporte qu'une étude révèle que les services de soutien pour les aidants se placent au deuxième rang des services les plus en demande, apr s la relève. (Chappell, 1989, cité dans le projet de guide, London InterCommunity Health Centre, 1995, p. 14) La Sandwich Generation Coalition a constaté que presque la moitié des aidants qui ont pris part à l'étude étaient plus ou moins satisfaits de l'aide qu'ils recevaient d'autres membres de la famille. (Sandwich Generation Coalition, 1994) Les aidants âgés peuvent avoir besoin de périodes de relève plus longues que celles que de nombreux programmes de jour offrent actuellement. La Sandwich Generation Coalition a découvert dans une évaluation des besoins que 51 p. cent des personnes interrogées voulaient avoir plus de temps à elles, 29 p. cent désiraient avoir plus d'aide des membres de la famille, 23 p. cent souhaitaient avoir plus de temps pour être avec leur propre famille, et 20 p. cent voulaient recevoir un soutien financier pour la prestation des soins. (Sandwich Generation Coalition, 1994)

Les groupes de soutien des aidants, les systèmes de surveillance mutuelle et les pairs-défenseurs peuvent tous épauler les aidants. En outre, selon un des rapports du Pembroke VON Home Support Program, « la documentation laisse entendre que les programmes de soutien devraient être conçus de manière à permettre l'éducation (sur

l'invalidité, les ressources communautaires et les techniques d'adaptation), l'expression des sentiments, l'humour et le soutien par les pairs (par des échanges sur le vécu) ». [Traduction] (Victoria Order of Nurses Home Support Program, 1995-1996, p. 15) Les aînés autochtones ont besoin d'être relevés des soins qu'ils dispensent aux enfants (de nombreux aînés autochtones ont la responsabilité de prendre soin d'enfants). (Senior's Education Centre, University of Regina, 1994)

v. *Il est aussi nécessaire d'avoir des programmes pour faciliter la fourniture de soins à distance*

Le guide du London InterCommunity Health Centre souligne également que la fourniture de soins à distance est une réalité grandissante pour les familles d'aujourd'hui qui sont dispersées. (London InterCommunity Health Centre, 1997, guide intitulé « Caregivers: A Handbook for Family Caregivers »)

vi. *Il faudrait sensibiliser les employeurs aux besoins des aidants naturels afin de les encourager à faire preuve de plus de souplesse au travail à l'égard de ces personnes.*

Une étude effectuée par la Caregivers Association of British Columbia a révélé que plus de la moitié des aidants ont un travail rémunéré et que 31 p. cent ont dit qu'ils devaient parfois s'absenter pour prendre soin d'un membre de la famille. Plus du quart (28 p. cent) des personnes interrogées estimaient que leurs fonctions d'aidant avaient un impact sur leur rendement au travail. (Caregivers Association of British Columbia, 1995, rapport final d'enqu te, pp. 13-21)

vii. *Bien que les groupes de soutien puissent être utiles, ils ne doivent constituer qu'un maillon d'une chaîne de services pratiques de soutien et de relève.*

Un rapport écrit pour la division de Pembroke des Infirmières de l'Ordre de Victoria résume les études effectuées sur les groupes de soutien des aidants. Cette synth se révèle que ces groupes peuvent avoir des effets négatifs sur les aidants à moins qu'en plus d'offrir des occasions de défoulement ils ne permettent aux participants d'accéder aux sources de renseignements nécessaires, au soutien matériel et financier, ainsi qu'aux services de relève offerts à la maison et à l'extérieur. Le chercheur cite également une étude menée par Kaye et Applegate qui conclut qu'il est nécessaire d'équilibrer l'expression des problèmes liés à la fourniture de soins avec de

l'optimisme, de l'espoir, de la fierté et de l'humour. (Patti Hamilton pour les Infirmières de l'Ordre de Victoria de Pembroke, « Understanding Stress and the Family Caregiver » (1996, pp. 13-15)

Outils

1. Des vidéos de l'Office national du film sur le soutien des aidants intitulés provisoirement « Caregivers » devraient être achevés à l'été 1997. Composer le 1-800-267-7710 pour obtenir des renseignements sur la façon de se procurer ces vidéos.

2. Un guide destiné à accompagner ces vidéos a été produit par le London InterCommunity Health Centre. Pour tout renseignement sur la façon d'obtenir une trousse comprenant guide et vidéo(s), communiquer avec l'Office national du film au 1-800-267-7710.

3. La Caregivers Association of British Columbia a produit, pour la semaine des soins communautaires, une trousse qui comprend des documents de promotion et d'éducation visant à aider les collectivités à collaborer pour épauler les aidants. Cette trousse contient des affiches, des macarons, des dessins, des exemples de communiqués de presse ainsi que des idées de planification d'activités et de feuillets d'information, en plus d'exemples de la façon dont certaines collectivités ont collaboré à la mise en oeuvre d'idées originales. Pour renseignements : #170-216, av. Hastings, Penticton (C.-B.), V2A 2V6, téléphone : (250) 490-4812, télécopieur : (250) 490-4890.

4. Le programme de soutien à domicile des Infirmières de l'Ordre de Victoria de Pembroke a publié une série de ressources visant à aider les collectivités à élaborer des programmes de soutien polyvalents qui font appel à des bénévoles pour aider les personnes âgées qui prennent soin de membres de leur famille. Ces ressources, conçues respectivement pour les participants et les animateurs, consistent en des manuels de formation des bénévoles qui prendront part au programme. Pour renseignements : Pembroke VON, 217 rue Pembroke est, 2e étage, Pembroke (Ontario), K8A 3J8, téléphone : (613) 732-9993, télécopieur : (613) 732-2415.

5. Le Rural Senior Caregiver Support Project a produit le *Volunteer Manual for Community Support Persons.* Pour renseignements : Caregiver Alliance, 80, rue Bradford, Unité 541, Barrie (Ontario), L4N 6S7, téléphone : (705) 734-9690, télécopieur : (705) 734-0239

C. Comment pouvons-nous intervenir pour accroître l'autonomie des aînés?

Que faire pour encourager les aînés à prendre part dans l'ensemble aux programmes?

Constatations

i. *Le plus sûr moyen de recruter des aînés ou de les renseigner sur les programmes est de se servir des diverses voies de communication utilisées dans la vie de tous les jours.*

Le projet Savoir et entraide pour un vieillissement éclairé a révélé que le bouche à oreille et les contacts personnels constituaient les moyens les plus efficaces de recruter des participants. Le projet Les médicaments, oui! non! mais... a prouvé l'efficacité des bulletins paroissiaux, et le projet L'apport inestimable des aîné(e)s de Saint-Jérôme (Québec) a utilisé le réseau paroissial pour atteindre les personnes âgées. Il est particulièrement difficile de rejoindre les membres des groupes minoritaires autrement que par des voies de communication non officielles, en partie parce qu'ils sont moins enclins à adhérer à des organisations d'aînés. Dans le cadre du projet Seniors for Personal Development (Terre-Neuve), les messages ont emprunté la voie du téléphone, du bouche à oreille, des affiches, de la radio, des bulletins paroissiaux et des bénévoles. Le Community Information Needs Assessment Project mené par le Conseil sur le Vieillissement de Frontenac-Kingston a montré, comme les autres études, que les aînés préfèrent recourir aux voies de communication non officielles. Cependant, les responsables de ce projet ont fait remarquer que souvent la famille et les amis peuvent contribuer à réduire la diffusion de renseignements sur les services officiels. (A Study of Seniors and Their Access to Information, 1996, p. 23)

ii. *Le programme doit rester souple.*

Les animateurs du projet Savoir et entraide pour un vieillissement éclairé ont insisté sur le fait que les animateurs ne devraient pas essayer de contrôler le processus, mais qu'ils devraient laisser ce soin aux participants. Le projet Cooperative Action for Seniors a mené à l'établissement de nouveaux partenariats en faisant preuve d'assez de souplesse quand il s'est agi de répondre aux problèmes causés par une panne d'électricité prolongée. Le principe de la souplesse vaut aussi pour les personnes qui prennent part au programme d'une manière ou d'une autre. Ainsi, dans le même projet, les pairs-défenseurs avaient adopté des rôles différents. « Un pair-défenseur aide les aînés en utilisant l'autobus de l'épicerie des aînés, et un autre rend des visites amicales. Tous profitent de leurs activités pour transmettre des renseignements pertinents à d'autres aînés ». [Traduction] (St. John's Seniors Resource Centre, 1995, p. 6)

iii. *Prendre le temps de forger des partenariats réels, d'égal à égal*

L'Elder Abuse Prevention Project s'est inspiré d'un modèle de partenariat en éducation qui consistait à rassembler des aînés et des professionnels pour former des équipes. Même si cette méthode a donné de bons résultats à de nombreux égards, il a été difficile de bâtir des partenariats réels entre les aînés et les professionnels, car ces derniers prenaient souvent la direction des opérations. Les participants au projet ont signalé qu'il faut du temps et de l'attention pour établir de vrais partenariats. Ils ont aussi recommandé d'organiser plus de séances de formation en leadership pour les aînés afin de leur donner plus de moyen, de faciliter leur participation et de les préparer à jouer des rôles plus actifs dans les partenariats. (Seniors' Education Centre, 1993)

iv. *Attirer des aînés de différents groupes culturels; intégrer les programmes dans des activités ou pratiques traditionnelles.*

Un groupe d'aînés des Territoires du Nord-Ouest a réalisé le désir de certains de transmettre leurs connaissances et leurs traditions aux jeunes de leur collectivité. C'est ainsi qu'ont été organisés un groupe de couture pour les femmes, des activités traditionnelles et culturelles, des ateliers d'information et de narration d'histoires, ainsi qu'un groupe biblique. (Enekniget Kalgiat - Elders Centre, 1993-1994) Cette approche fonctionne aussi avec des aînés des cultures plus courantes. Dans certaines collectivités, des groupes de couseuses de courtepointe ont rempli une fonction semblable. Par exemple, une collectivité de la Colombie-Britannique a produit une

courtepointe communautaire. Au fur et à mesure que les pièces ont commencé à arriver, un « club de piquage de courtepointe » traditionnel s'est formé, et des participantes de tous âges sont venues s'instruire aupr s des aînées, qui leur ont transmis les techniques qu'elles-m mes avaient apprises bien des années avant. Une fois terminée, la courtepointe communautaire a été exposée en permanence à l'hôtel de ville. Il ressort de certains projets qu'il vaut mieux que les programmes ne se fassent pas ombrage ni concurrence aux activités traditionnelles ou courantes.

v. *Encourager les programmes qui favorisent les rapports intergénérationnels.*

Le projet Seniors as Educators on Elder Abuse a révélé qu'une partie du succès du salon des aînés était due au fait qu'il favorisait les communications entre les générations parce que de jeunes adultes y participaient à titre de représentants d'organismes ou venaient y chercher des renseignements à utiliser dans leur vie personnelle ou professionnelle. Un projet mené à Saint-Jérôme (Québec) a offert aux aînés des séances de formation sur l'importance d'établir des rapports avec d'autres générations, mais aussi de prendre la tête de projets intergénérationnels dans leur collectivité. Par exemple, un groupe d'aînés et de jeunes se sont rassemblés pour discuter du problème de la violence chez les jeunes du quartier. Après quelques réunions, certains jeunes ont décidé de former de petits groupes pour patrouiller les parcs la nuit tombée afin d'assurer la sécurité des personnes âgées. À la suite de cette initiative, plusieurs projets locaux ont été révisés afin d'économiser de l'argent. L'épargne réalisée a été utilisée pour financer un centre de jeunes. (Centraide Laurentides, 1991)

vi. *Utiliser des guides de préférence à des tableaux à feuilles volantes, des vidéos et des études de cas dans les ateliers et les conférences destinés aux aînés.*

Le projet Age Wise a révélé que les tableaux à feuilles volantes et les études de cas avaient une utilité inégale auprès des auditoires composés d'aînés. (Fort Saskatchewan Seniors Advisory Board et Alberta Association on Gerontology, 1995)

vii. *Dans les programmes qui font appel à des aînés bénévoles, prévoir des substituts bénévoles pour chaque tâche, afin de parer aux interruptions naturelles du bénévolat qui sont caractéristiques de la vie des aînés.*

Les conditions de vie des aînés bénévoles, leurs problèmes de santé et d'autres exigences de prestation de soins les amènent plus souvent que les autres bénévoles à interrompre leurs activités. Le centre des aînés de Windsor a trouvé qu'il est particulièrement important de ne pas compter sur un seul bénévole doté de compétences et de connaissances spéciales. Cette approche est injuste tant pour la personne elle-même que pour les autres aînés qui participent au programme. (Centre for Seniors Windsor, 1996)

viii. *Améliorer l'accessibilité à tout événement ou programme planifié.*

Plusieurs projets ont mis l'accent sur l'importance d'améliorer l'accessibilité en offrant le transport, en veillant à ce que le lieu de rencontre soit physiquement accessible, en rappelant les événements à venir aux membres, en offrant des aides sensorielles comme une meilleure acoustique et un éclairage spécial, et en fournissant une formation et un soutien aux dirigeants des groupes. (Conseil canadien de développement social, sans date) Le Roadside Senior Citizens Club a organisé ses séances d'éducation à divers endroits de la région et a ainsi rejoint plusieurs centaines d'aînés répartis dans quinze collectivités rurales. Certains projets préconisent d'offrir un transport gratuit par autobus ou par un autre moyen.

ix. *Communiquer par téléphone au lieu de compter toujours sur les réunions de groupe pour maintenir des contacts réguliers.*

Là encore, il ressort de plusieurs projets qu'en misant uniquement sur les réunions de groupe pour maintenir des contacts réguliers, des aînés ont perdu l'intérêt pour le programme parce qu'ils s'absentaient souvent ou avaient de la difficulté à venir aux réunions. Le projet du Conseil canadien de développement social a révélé que cet élément était particulièrement important pour les groupes d'entraide.

x. *Organiser les événements aux moments les plus pratiques pour les aînés, sans oublier de fournir un lunch ou des collations.*

Le projet Seniors as Educators on Elder Abuse a constaté que les jours de la semaine, spécialement les jeudis, conviennent mieux aux activités. Il serait en outre préférable de les tenir de 10 h à 14 h ou 15 h et de fournir un lunch. (New Brunswick Gerontology Association, section de Fredericton, 1994)

xi. *Affirmer sans cesse la valeur de la participation des aînés.*

Il ressort du projet Cooperative Action for Seniors que le fait « d'entendre parler des retombées positives de leurs interventions auprès des aînés dans le besoin les a aidés à voir qu'ils peuvent faire une différence ». [Traduction] (St. John's Seniors Resource Centre, 1995, rapport final, pp. 12-13)

xii. *Veiller à ce que les aînés continuent à dire leur mot sur le programme.*

Le projet Cooperative Action for Seniors de St. John's insistait sur la nécessité pour les aînés qui recevaient de l'aide de déterminer leurs propres objectifs et de décider eux-mêmes des mesures à prendre lorsqu'ils avaient été renseignés sur les options possibles. (Rapport final, p. 11) Le groupe de travail sur les mauvais traitements infligés aux aînés de Haldimand-Norfolk croyait fermement qu'il était important qu'un conseil local d'alphabétisation épaulé par des aînés examine les documents liés au projet afin de voir s'ils étaient rédigés clairement. Cependant, il a été plus difficile que prévu de former un groupe d'aînés chargés d'examiner périodiquement les documents . (Haldimand-Norfolk Elder Abuse Task Force, 1996)

xiii. *Voir à ce que les événements soient agréables.*

De nombreux programmes, même éducatifs, s'intègrent à des activités de loisirs ou récréatives. Par exemple, les Seniors for Personal Development ont eu recours aux Performers for Literacy pour aider à montrer en quoi l'alphabétisation touche les aînés. Ils ont invité les aînés et leurs petits-enfants à une activité où les Performers for Literacy étaient présents, et où jeunes et moins jeunes mettaient en scène des contes de fées adaptés.

xiv. *Promouvoir la défense parmi les aînés.*

Un certain nombre de projets ont mis en évidence que les programmes de défense destinés aux aînés favorisaient le leadership, la participation et la réalisation de programmes et de politiques qui répondent à leurs besoins.

Outils

l. Action Through Advocacy, préparé par la Corporation canadienne des Retraités Intéressés/Canadian Pensioner Concerned Incorporated, 1997, est un guide sur la défense des intérêts, destiné aux organisations d'aînés. Pour savoir comment en obtenir des copies : Corporation canadienne des Retraités Intéressés, Bureau 302, 7071, chemin Bayers, Halifax (N.-É.), B3L 2C2, téléphone : (902) 455-7684, télécopieur : (902) 455-1825.

Quels genres de programmes d'acquisition de compétences et de connaissances pourraient le mieux aider les aînés à devenir autonomes?

Constatations

i. *L'enseignement de nouvelles compétences à des aînés ou la collecte de renseignements sur leurs besoins donnent de meilleurs résultats s'ils font partie d'activités récréatives ou culturelles, comme un salon des aînés ou une production théâtrale d'aînés.*

De nombreux projets ont mené à cette conclusion. Par exemple, les coordonnateurs du projet Les aînés et l'interculturel ont trouvé que, pour bien des raisons (la nouveauté et la difficulté du sujet, le défi que représente l'examen de ses propres valeurs, une résistance générale au changement), il était très difficile d'intéresser les aînés à participer à des événements interculturels. Cependant, ces derniers parlaient volontiers de problèmes sociaux et se mêlaient facilement aux personnes d'autres cultures si cela faisait partie d'une activité de loisir comme un dîner interculturel. Le théâtre est un mode très productif d'éducation pour des aînés, comme en témoigne le projet de Jonquière (Québec).

ii. *Les aînés aiment être instruits par leurs pairs et utiliser des approches qui leur permettent de mettre leurs expériences en commun.*

Le projet éducatif Age Wise, qui s'est déroulé en Alberta et faisait appel à des aînés bénévoles pour animer des ateliers sur les problèmes du vieillissement, a révélé que « la forte participation des aînés a donné du poids à l'information fournie et lui a permis d'être bien reçue la plupart du temps ». [Traduction] (Fort Saskatchewan Seniors Advisory Board et Alberta Association on Gerontology, 1995, p. 12) De même, le projet Seniors as Educators on Elder Abuse a montré que les messages sur

les aînés transmis par des aînés étaient plus crédibles parce qu'ils se fondaient sur leur vécu.

iii. *Cependant, les aînés ne veulent généralement pas animer ou co-animer des ateliers officiels.*

Il ressort du projet Les médicaments: oui! non! mais... que c'était une erreur de demander à des aînés bénévoles qualifiés de co-animer des ateliers sur les solutions de rechange à la consommation de médicaments pour des problèmes communs. Les responsables ont remarqué que les personnes pressenties trouvaient le fardeau trop imposant et la tâche trop ardue pour elles. Il a également été difficile de recruter des animateurs aînés pour le projet Age Wise, mais une fois encouragés, aidés et mis à l'aise, ils jouaient bien leur rôle.

iv. *Offrir des séances uniques d'apprentissage pratique axées sur les besoins particuliers des aînés.*

Un long programme de formation peut être intimidant pour des aînés. Cependant, il ressort d'un projet d'alphabétisation mené dans le comté de Renfrew, intitulé « Generating Older Adult Learning » que les aînés participent plus volontiers à des séances uniques. Cette conclusion est appuyée par les résultats d'un autre programme d'alphabétisation des aînés organisé sous l'égide de Centraide de Calgary et de la région, qui offre des ateliers sur des sujets comme la santé (parler avec les médecins et se renseigner sur les médicaments), les affaires bancaires (comment utiliser une carte bancaire, écrire des chèques, etc.), lire et écrire aux petits-enfants, et comprendre la correspondance d'affaire. De même, le Network of Senior Ethnic Women du Grand Toronto a trouvé que les ateliers d'une journée axés sur des questions pratiques répondaient mieux que les conférences plus ambitieuses aux besoins des femmes des minorités.

v. *Lancer des programmes d'apprentissage de l'informatique pour accroître l'autonomie des aînés.*

Les membres d'un centre d'aînés de Medicine Hat (Alberta) estiment que la connaissance de l'informatique est un élément essentiel de l'autonomie des aînés. Ils ont constitué un club d'informatique et, grâce à une subvention du programme Nouveaux Horizons, ont acheté des ordinateurs et offert des cours d'informatique à

d'autres aînés. Le programme a été extrêmement populaire : 144 personnes ont suivi le cours d'initiation et 16 le cours avancé. La liste d'attente était longue. Dans un projet semblable mené à Windsor (Ontario), un cours d'informatique pour les aînés traitait surtout de l'utilisation de l'ordinateur à domicile pour les opérations bancaires, les services d'achats, l'utilisation de la bibliothèque et les communications par courrier électronique, autant d'éléments qui accroissent l'autonomie. (Venier Centre Computer Club, 1994, et Centre for Seniors Windsor, 1996)

Outils

1. Le Veiner Centre Computer Club dispose de documentation sur divers projets qui peut aider à concevoir des cours d'informatique pour les aînés. Pour renseignements : Veiner Centre, 225, av. Woodman sud-est, Medicine Hat (Alberta), T1A 3H2, téléphone : (403) 529-8383, télécopieur : (403) 529-1050.

2. Le projet Age Wise, entreprise conjointe du Fort Saskatchewan Seniors Advisory Board et de l'Alberta Association on Gerontology, a donné lieu à la production de guides du participant et de l'animateur utilisés dans des ateliers éducatifs organisés dans les collectivités rurales albertaines. Voici les titres de ces ouvrages : *Finance; Housing and Transportation; Intergenerational Communication; Legal issues; Lifestyles*. Pour commander ces ouvrages au coût de 25 $ ou obtenir des renseignements supplémentaires, communiquer avec Brenda Higham, Fort Saskatchewan Seniors Advisory Board, Information and Resource Centre, Pioneer House, 10102-100 Avenue, Fort Saskatchewan (Alberta), T8L 1Y6, téléphone : (403) 998-7337/998-0150, télécopieur : (403) 992-0192.

3. Le Conseil canadien de développement social a publié, dans le cadre de sa série Entraide Canada, un feuillet d'information intitulé *Les aînés et l'entraide*. S'adresser au 441, MacLaren, 4e étage, Ottawa (Ontario), K2P 2H3, téléphone : (613) 236-8977.

Habitudes de vie personnelles

Constatations

i. *Il faut sensibiliser les médecins, les autres travailleurs de la santé, les aînés et l'ensemble des membres de la collectivité à la nécessité de repérer les signes avant-coureurs de l'alcoolisme chez les aînés et d'intervenir.*

Une enquête menée par la Fondation de la recherche sur la toxicomanie auprès de professionnels de la santé a révélé que les signes avant-coureurs de l'alcoolisme ne sont pas détectés. (Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Comité de recherche de solutions de rechange, 1996)

ii. *Il faudrait mieux éduquer les aînés en général, les femmes âgées en particulier, les personnes qui les soignent et les professionnels de la santé sur les risques des médicaments psychotropes délivrés sur ordonnance.*

Ce sont en général les personnes âgées, les femmes surtout, qui utilisent le plus fréquemment des psychotropes délivrés sur ordonnance. Pourtant, le vieillissement rend les gens plus vulnérables aux effets néfastes et aux interactions des médicaments. En outre, par manque de connaissances, les médecins continuent à prescrire des produits qui ne conviennent pas. (Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Comité de recherche de solutions de rechange, 1996)

iii. *Il faut avoir plus de cuisines communautaires, de coopératives d'alimentation, de jardins communautaires et de clubs de cuisine pour réduire les risques de malnutrition et d'autres problèmes de santé liés à l'augmentation du nombre d'aînés pauvres qui vivent seuls.*

Le projet Money Management for Health and Wellness for Native Seniors a permis de constater que des aînés autochtones risquaient la malnutrition, en partie faute d'argent pour s'approvisionner. (Native Seniors Centre, 1996)

Outils

1. *Une question de choix : Guide d'intervention communautaire pour promouvoir l'usage sécuritaire de l'alcool et des médicaments parmi les aînés* est un outil visant à amener les collectivités à promouvoir une consommation sans risques d'alcool et de psychotropes chez les aînés. Le guide est offert, en français et en anglais, par le service du marketing de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie. Pour renseignements : Fondation de la

recherche sur la toxicomanie, Service du marketing, 33, rue Russell, Toronto (Ontario), M5S 2S1, téléphone : 1-800-661-1111.

2. Le projet Elliot Lake Retirement Living a produit *Senior's at Risk Manual: A Practical Guide to Care Providers*, 1996. Ce guide traite de toxicomanie, de négligence pour ce qui est de prendre soin de sa personne, de problèmes de santé mentale et de mauvais traitements. Pour renseignements : Algo Centre Mall, 151, av. Ontario, Elliot Lake (Ontario), P5A 2T2, téléphone : (705) 848-4911.

Barrières systémiques (p. ex. besoins de logement et de transport)

Constatations

i. *Adapter les ensembles d'habitation afin de promouvoir la participation des aînés peut être fort productif, à un coût raisonnable.*

Par exemple, une association de locataires de l'Alberta a coopéré avec l'entreprise chargée de la gestion de l'immeuble pour faire naître un esprit communautaire et encourager les contacts interpersonnels dans un vaste ensemble d'habitation, en aménageant l'auditorium du bâtiment pour que les locataires puissent y organiser des activités.

ii. *Les logements sociaux devraient être conçus ou adaptés pour optimiser les possibilités de soutien social.*

La formule du logement social pour aînés peut offrir la possibilité de manger ensemble, d'améliorer les connaissances en nutrition, de créer des occasions de s'entraider pour les travaux ménagers ou pour prendre des médicaments, et de planifier et d'organiser des sorties. (Greater Edmonton Foundation, 1996, pp. 13-17)

iii. *Pour de nombreux aînés, le transport est le principal obstacle à l'accès aux services.*

Comme on l'a dit plus haut, de nombreux projets ont mis l'accent sur la nécessité de fournir gratuitement le transport ou de servir des aînés à domicile parce

que les déplacements constituent un problème majeur, particulièrement pour les personnes isolées ou qui habitent en milieu rural.

D. Comment pouvons-nous nous attaquer aux problèmes non résolus de politique et de services qui concernent la fin de la vie?

Soins palliatifs

Constatations

i. *Pour être efficaces, les soins palliatifs exigent le concours d'équipes pluridisciplinaires et de bénévoles dans l'unité de soins.*

Dans le cadre de l'enquête menée à l'occasion du projet d'Accompagnement des mourants et de leurs proches, le personnel hospitalier a recommandé que pour améliorer les soins dispensés aux mourants dans les hôpitaux, il fallait recourir à des équipes pluridisciplinaires et donner un plus grand rôle aux médecins et aux bénévoles qui les composent. Il faudrait aussi augmenter les communications entre les divers secteurs et unités de l'hôpital, et fournir une formation supplémentaire au personnel hospitalier pour lui apprendre à prendre soin des mourants.

ii. *Des bénévoles qualifiés peuvent offrir un soutien et des soins personnels essentiels au mourant et à sa famille.*

Le projet d'Accompagnement des mourants et de leurs proches a montré que les bénévoles qualifiés aident à surmonter la solitude des personnes qui meurent à l'hôpital. Leur présence peut donner au mourant plus d'occasions de formuler ses besoins. Les bénévoles peuvent faciliter l'expression de sentiments entre le patient et les membres de sa famille ou ses amis, et peuvent parfois aider les aidants à planifier des soins spécifiques adaptés aux besoins du mourant.

iii. *Le soutien actif du directeur de l'hôpital, le recrutement approprié et l'excellence de la formation des bénévoles, ainsi que la préparation du personnel hospitalier à l'intervention des bénévoles sont tous essentiels au succès de l'unité de soins palliatifs d'un hôpital.*

Ces points ressortent tous du projet d'Accompagnement des mourants et de leurs proches.

Questions juridiques et déontologiques

Constatations

i. *La législation sur la protection des adultes ne suffit pas pour empêcher le mauvais traitement des aînés.*

Le projet Seniors Educating Seniors about Elder Abuse a mené à la conclusion que pour prévenir les mauvais traitements infligés aux aînés, il fallait que ces derniers, leurs organisations et la population se mettent de la partie pour trouver des stratégies et des solutions à ce problème. Les responsables estiment que les meilleures chances de succès résident dans l'éducation et dans le pouvoir des aînés de prendre eux-mêmes les choses en main.

Préoccupations

i. *Le fait de compter de plus en plus sur les membres de la famille pour dispenser des soins aux aînés peut entraver le processus de dénonciation des mauvais traitements.*

Les responsables du projet Seniors Educating Seniors about Elder Abuse se préoccupent du fait que les aînés ne voudront pas dénoncer des membres de leur famille. Par conséquent, les mauvais traitements deviendront encore plus cachés. Ils estiment qu'il faudrait des foyers de transition pour aînés.

Outils

1. Le projet Défi-autonomie de Mont-Laurier (Québec) a produit un code de conduite pour le personnel qui travaille avec des aînés. Ce code traite de questions comme la confidentialité, et il fournit des lignes directrices pour avertir l'organisation et les organismes pertinents des problèmes de santé ou autres qui sont constatés. Pour renseignements : Défi-Autonomie d'Antoine

Labelle, 610, rue de la Madone, Mont-Laurier (Québec), J9L 1S9, téléphone : (819) 623-6681, télécopieur : (819) 623-3081.

V. CONCLUSION

Les 96 projets analysés pour ce rapport ont produit une mine de connaissances et de ressources qui suggèrent de nombreuses approches pour répondre aux besoins d'une population grandissante et de plus en plus diversifiée de personnes âgées qui vivent dans une société vieillissante aux ressources réduites.

Pour mettre ces nombreux enseignements en perspective, ce rapport se termine en abordant brièvement les cinq questions posées dans l'introduction. Même si les réponses à ces questions ne se veulent ni complètes ni concluantes, elles jettent les bases du dialogue visant à aider les aînés, leurs familles, les décideurs et les travailleurs de première ligne à s'orienter vers des stratégies pratiques propres à favoriser le vieillissement en santé des collectivités.

1. Quels sont les principaux facteurs qui ont une incidence sur la vie active, la santé, le bien-être et la vulnérabilité des aînés?

De nombreux facteurs déterminants concernent la santé, le bien-être, la vulnérabilité et la vie active des aînés au Canada. Ainsi, le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de problèmes chroniques de santé qui en découlent, auxquels se greffent la retraite forcée de nombreux aînés encore jeunes, la baisse des revenus provoquée par une prise de retraite anticipée et la réduction des avantages sociaux, et le fait que des membres de la famille cumulent les rôles d'aidants naturels d'aînés et d'enfants adultes dépendants représentent des obstacles considérables à la satisfaction des besoins de la population existante et émergente d'aînés, mais aussi de leurs aidants naturels. Cependant, en même temps, le vieillissement de la population fait ressortir les besoins des aînés et leur donne une plus grande influence sur les politiques et les programmes publics. Les personnes âgées d'aujourd'hui sont plus actives et plus engagées du fait que, dans une proportion encore jamais vue, elles ont fait partie de la main-d'oeuvre rémunérée, elles sont plus instruites et, dans l'ensemble, en meilleure santé que les générations précédentes. La diversité accrue de la population des aînés, reflet de la mosaïque canadienne, est aussi un environnement de choix pour une réflexion innovatrice et des solutions créatives issues de l'apport des aînés à la société.

2. Quels déterminants ont le plus de chance de contribuer à améliorer la santé des aînés et à leur garantir une vie bien remplie?

Pour en revenir à la liste principale des déterminants de la santé résumés dans l'introduction, les conclusions tirées des 96 projets analysés révèlent que les réseaux de soutien social, le niveau d'instruction et le revenu se distinguent nettement. La réduction de l'isolement social a incontestablement le plus de poids dans l'amélioration de la santé car elle a des conséquences physiques, psychologiques et sociales directes. Cependant, d'autres facteurs sont si étroitement liés à l'accroissement de la participation sociale qu'il faut en tenir compte pour alléger l'isolement social. Par ailleurs, l'importance de revenus plus élevés, l'amélioration du logement et du transport, l'alphabétisation, l'interaction entre les différentes cultures et les générations, ainsi qu'une meilleure information sur les ressources des programmes, sur les effets des médicaments d'ordonnance et sur les différentes réalités du vieillissement, sont revenues à maintes reprises tout au long des projets.

3. Quand et comment faut-il intervenir sur les déterminants de la santé pour optimiser les bienfaits de l'intervention?

Il faut avoir des programmes interdisciplinaires de mieux-être qui touchent les besoins psychologiques, sociaux, physiques et pratiques (comme les réparations de la maison) par des interventions préventives et actives. En outre, bien que la plupart des aînés privilégient les programmes intergénérationnels pour accroître la participation sociale et réduire les préjugés fondés sur l'âge, en ce qui concerne les déterminants de la santé il est nécessaire d'avoir certains programmes spéciaux adaptés à l'âge des participants. Parmi ceux qui ont été recommandés figurent : les programmes d'alphabétisation des aînés; les programmes de soutien et de counseling pour les aînés victimes de mauvais traitements (actuellement, pendant leur vie de couple ou leur enfance); les programmes d'informatique pour aînés. Il faut former et sensibiliser les fonctionnaires, les fournisseurs de services et la société en général en ce qui a trait aux réalités vécues par les aînés pour que tous les programmes et toutes les approches mettent à profit l'apport, les forces et les intérêts des aînés, tout en répondant à leurs besoins.

4. Quelles approches sont les plus rentables en cette période de compressions budgétaires?

Bien qu'un programme interdisciplinaire de mieux-être paraisse ambitieux et coûteux, il existe de nombreux exemples de programmes fort peu onéreux qui se sont inspirés de cette formule. Ainsi, les programmes thérapeutiques de jardinage, de danse et de mouvement décrits dans ce rapport illustrent bien qu'il est possible d'offrir des programmes peu coûteux qui améliorent la santé physique et psychologique tout en bâtissant des réseaux sociaux. Une autre approche rentable du mieux-être consiste à embaucher un coordonnateur pour organiser des activités dans un ensemble d'habitation ou un centre pour aînés. Les programmes exposés dans le présent document ont eu de nombreuses retombées positives en ce sens qu'ils ont réduit l'isolement social, amélioré la santé physique et psychologique de centaines d'aînés, et mis en évidence des problèmes qui ont pu être abordés à temps avant de s'aggraver, tout cela pour le coût du salaire d'un coordonnateur. Les programmes de transport sont également profitables parce qu'ils donnent aux aînés l'accès aux programmes existants et réduisent par conséquent la nécessité d'en créer de nouveaux. Les nombreuses initiatives décrites ici, qui font appel à des intervenants et à des défenseurs bénévoles, sont également fort rentables. Cependant, les responsables des projets ont dit qu'il ne fallait pas considérer comme gratuits les programmes utilisant des bénévoles. Il faut encore pouvoir compter sur des fonds pour rémunérer le coordonnateur, pour rembourser les coûts de transport ou de repas aux bénévoles, et pour organiser des événements en l'honneur de ces derniers. En général, les projets analysés ont fait ressortir les avantages des approches fondées sur la participation de la collectivité, adaptées aux réalités vécues par les aînés et les autres membres de la collectivité, à leurs forces, à leur apport et à leurs besoins.

5. En s'inspirant des leçons tirées, quelles mesures devraient maintenant prendre les décideurs et les intervenants communautaires pour réagir efficacement à l'apport, aux besoins et à la situaion réelle de ceux qui en sont au dernier stade de leur vie?

Ce document se veut une base de dialogue et d'échange d'informations. Le vieillissement en santé des collectivités dépend de la participation des citoyens, de l'établissement d'un soutien communautaire et de l'élaboration de solutions qui conviennent à tous pour améliorer la qualité de vie et reconnaître l'apport des aînés.

Si ce rapport réussit à catalyser ces processus, il aura alors atteint son but. L'échange d'informations, le dialogue, la planification de mesures nous rapprochent d'une vision commune d'une société qui vieillit sainement.

1. Le Programme d'autonomie des aîné(e)s, établi en 1988, et le programme Alliances pour l'autonomie, instauré en 1993, ont été intégrés au programme Nouveaux Horizons - Partenaires des aînés pour former un seul programme de financement.

Bibliographie

Access Concept Team, Caritas Group. (1995). *Access Project II, Steering Committee Application.* Edmonton, Alberta.

Addiction Research Foundation, Alternatives Project Committee. (1996). *Report on the Alternatives Project - Building for the Future.* Perth, Ontario.

Addiction Research Foundation. (1995). *Promoting Choices: A Community Action Guide for the Safe Use of Alcohol and Medications by Older Adults.* Toronto, Ontario.

Age-Wise Immigrant Seniors Project. (1994-1995). *Age-Wise Workshops: Legal Issues Facilitator's Manual; Legal Issues Participants' Manual; Intergenerational Communication Facilitator's Manual, Intergenerational Communication Participants' Manual, Lifestyles Facilitator's Manual, Lifestyles Participant's Manual.* Calgary, Alberta.

Aide aux Seniors Sudbury District East Home Support Program. (1996). *Hand in Hand, Manual for the Development of Adult Day Centres.* Prepared by Lorraine Mercer, Chantal Roy, Lorraine Leblanc and Brian Aitken. Noelville, Ontario.

Alberta Centre for Well-being. (1995). *The Well-being of Seniors in Alberta: Proceedings of the March 31, 1995 Meeting.* Edmonton, Alberta.

Alternatives Committee of Windsor-Essex County. (1996). *Older Adults Substance Misuse Project Description* and *Quarterly Report.* Windsor, Ontario.

Alzheimer P.E.I. (1994). *Memory Loss Needs Assessment.* Charlottetown, P.E.I.

Anctil, Pierre. (1990). *André Laurendeau, un intellectuel d'ici*, Presses de l'Université du Québec, Sillery, Quebec. Cited in Association internationale francophone des aînés, Montreal Chapter. (1995). *Rendez-vous d'automne, Cahier de sensibilisation.* Montreal, Quebec.

Aphasia Centre - North York. (1996). *Pictographic Communication Resources:Enhancing Communicative Access. (*Prepared by Aura Kagan, Joanne Winckel, Elyse Shumway and Carmela Catapano Simone) and funding approval form. North York, Ontario.

Aphasia Centre of Ottawa-Carleton. (1994-95). *Welcome Back! Community Reintegration for People with Aphasia Project Proposal* and activity reports. Ottawa, Ontario.

Arthritis Society. (No date). *Arthritis Self-Help Management Program Project Report* and *Leader's Manual.* Toronto, Ontario.

Association internationale francophone des aînés, Montreal Chapter. (1996). *Final Report.*

Montreal, Québec.

Association internationale francophone des aînés/Quebec Association for the Defence of the Rights of the Retired and Pre-Retired, Montreal Chapter. (1995). *Rendez-vous d'automne, Les aînés et l'interculturel.* Montreal, Quebec.

Association québécoise pour la défense des droits des retraités-es et pré-retraités-es/Quebec Association for the Defence of the Rights of the Retired and Pre-Retired. (1995). *Final report: Projet Médic-Action*. Memphrémagog, Quebec.

Association québécoise pour la défense des droits des retraités-es et pré-retraités-es/Quebec Association for the Defence of the Rights of the Retired and Pre-Retired. (1994). *Final report: Projet Info 3e âge*. Montreal, Quebec.

Aware Press. (1992). *Guide des aînés (médicaments et alcool).* Cited in Elixir, *Final Report, Savoir et Entraide pour un viellissement éclairé project.* Sherbrooke, Quebec.

Barbeau, G. (1991) "Médicaments et Troisème Age", *Québec Pharmacie*, vol. 38, pp. 661-665. Cited in Association québécoise pour la défense des droits des retraités-es et pré-retraités-es. (1995). *Final report: Projet Médic-Action*. Magog, Quebec.

Biegel, D.E., Sales, E., and Shulz, R. (1991). *Family Caregiving in Chronic Illness*. Sage Publications. Newbury Park CA. Cited in Caregivers Association of British Columbia. (1995). *Caregivers to Adults in BC Telephone Survey, Final Report*. Penticton, B.C.

Bron, Paul. (1992). *Vieillir dans l'immigration*, editorial, 4ème Trimestre 92, Grenoble, France. Cited in Association internationale de francophones aînés, Montreal Chapter. (1995). *Rendez-vous d'automne, Cahier de sensibilisation*, Montreal, Quebec.

Calgary Seniors' Literacy Society, United Way of Calgary and Area. (1995). Calgary Seniors' Literacy Project various project materials. Calgary, Alberta.

Canadian Association on Gerontology. (1996). *Seniors at Risk: A Conceptual Framework.* Ottawa, Ontario.

Canadian Council on Social Development. (No date). *Seniors and Self-Help* (Self-Help Canada Series). Ottawa, Ontario.

Canadian Seniors Packaging Advisory Council (CASPAC), Packaging Association of Canada. (1995). *Packaging for an Aging Canadian Market: Projects Silver Market and Open Sesame, Final Report.* Willowdale, Ontario.

Canadian Pensioners Concerned Incorporated. (1994). *Final Report Programme for Action*

Project, and Action through Advocacy: A Guidebook on Advocacy for Seniors Organizations. Halifax, Nova Scotia.

Canadian Mental Health Association. (1993). *Seniors Promotion and Awareness Campaign cover sheet.* Sudbury, Ontario.

Canadian Mental Health Association Nanaimo Branch. (1992). *An Analysis of the Survey Results of the Issues and Directions*, Seniors Health and Wellness Project. Nanaimo, B.C.

Capital Care-group. (1995-1996). *Innovations in Continuing Care newsletters, New Models in Continuing care Demonstration Project Draft Evaluation Plan* and related project materials. Edmonton, Alberta.

Caregiver Alliance of Simcoe County. (1996). *Rural Senior Caregiver Support Project : Quarterly Narrative Report Form and Volunteers Manual.* Barrie, Ontario.

Caregivers Association of British Columbia. (1995). *Caregivers to Adults in BC Telephone Survey, Final Report.* Penticton, B.C.

Caregivers Association of British Columbia. (1994). *Community Care Week.* (Promotional Material). Penticton, B.C.

Centraide Laurentides. (1991). *La pauvreté dans les Basses-Laurentides.* St-Jérôme, Quebec. Cited in Centre de recherche du Diocèse de St-Jérôme, 1996, *Bilan et perspectives.* St-Jérôme, Quebec.

Centre for Seniors Windsor. (1996). Computer Friends At-Risk Project various project materials. Windsor, Ontario.

Centre de recherche du Diocèse de St-Jérôme. (1996). *Bilan et perspectives.* St-Jérôme, Québec.

Chappell, N.L. (1992). *Social Support and Aging.* Butterworths. Toronto, Ontario. Cited in Caregivers Association of British Columbia. (1995). *Caregivers to Adults in BC Telephone Survey, Final Report.* Penticton, B.C.

Citizen Advocacy Society of Lethbridge, prepared by Donella Scott. (1995). *Evaluation: Seniors Independence Project, Citizen Advocacy Society of Lethbridge.* Lethbridge, Alberta.

Citizen Advocacy Society of Lethbridge. (1994). *Lethbridge Seniors Needs Analysis* (prepared by Sheri Bjorgum) and other project materials. Lethbridge, Alberta.

Comité des usagers du Centre hospitalier régional de l'Outaouais. (1995). *Évaluation, Accompagnement des mourants et de leurs proches.* Prepared by André Charette. Hull, Quebec.

Comité régional du 3e âge. (1994). *Évaluation du projet sur les médicaments chez les personnes de 55 ans et plus*. Prepared by Christine Olivier. Hull, Quebec.

Community Links Nucleus Group. (1994). *Progress Report 1992-1994.* Halifax, Nova Scotia.

Community and University Consultation Project. (1992). *Application Form.* Halifax, Nova Scotia.

Community Living London, McGrenere Resource Centre. (1993). *Seniors Independence Program, Program Impact Assessment.* London, Ontario.

Congress of Union Retirees - Canadian Labour Congress. (1993-94). Reaching Out Project various project materials. Ottawa, Ontario.

Cosmopolitan Industries Limited. (1995). SIP Grant: *Seniors Integration Project Completion Report*. Saskatoon, Saskatchewan.

Council on Aging for Renfrew County. (1994). *GOAL Program Co-ordinator's Final Report, September 30, 1994* and other project materials. Pembroke, Ontario.

Council on Positive Aging. (1993). *Project sheet.* Thunder Bay, Ontario.

Dance/Movement Therapy Association of Ontario (Ottawa office). (1994). *Movement for Health: Dance/Movement Therapy Programming with Seniors Project Summary.* Ottawa, Ontario.

Défi-Autonomie d'Antoine Labelle. (1995). *Final Report of the Recherche-Action devant mener à la mise sur pied de services de soutien à domicile de façon permanente sur le territoire de la Municipalité régionale du comté Antoine Labelle.* Mont-Laurier, Quebec.

Division of Aging and Seniors. (1996). *New Horizons Partners in Aging: Knowledge Development Framework.* (unpublished) Ottawa, Ontario.

Division of Aging and Seniors. (1996). *New Horizons Partners in Aging: Funded Projects, 1995-1996.* Ottawa, Ontario.

Division of Aging and Seniors. (1996). *Broader Determinants of Healthy Aging: A Discussion Paper.* (unpublished) Ottawa, Ontario.

Elder Abuse Resource Centre. (1992). *Volunteer Training Program: Trainer's Manual.* (prepared by Michael Case). Winnipeg, Manitoba.

Elixir. (1993). *Final Report, Savoir et Entraide pour un Viellissement Éclairé.* Sherbrooke,

Quebec.

Elliot Lake Retirement Living. (1996). *Seniors' at Risk Manual: A Practical Guide to Care Providers.* Elliot Lake, Ontario.

Enekniget Katimayiit - Elders Group. (1993-94). Elders Group Project various project materials. Cambridge Bay, Northwest Territories.

Evergreen Hearing-Aiders. (1994). *Funding Approval Form.* Guelph, Ontario.

Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health. (1996). *Report on the Health of Canadians.* Toronto, Ontario.

Fédération de l'Âge d'Or du Québec. (1995). *Bilan Final, Complice en Action!, Projet intergenerationel de la FADOQ.* Montréal, Québec.

Fort Saskatchewan Seniors Advisory Board and the Alberta Association on Gerontology. (1994). Participants' and facilitators' manuals: *Finance, Housing and Transportation, Intergenerational Communication, Legal Issues* and *Lifestyles.* Fort Saskatchewan, Alberta.

Fort Saskatchewan Seniors Advisory Board and the Alberta Association on Gerontology. (1995). *Age Wise Workshops Final Report.* Fort Saskatchewan, Alberta.

Frontenac-Kingston Council on Aging, New Horizons Committee. (1996). *Community Information Needs Assessment Agency Study Volumes 1, 2 and 3.* Kingston, Ontario.

Gerontology Association of Nova Scotia. (1995). *Report on Needs Assessment for Senior Women as Victims of Violence, and Impact Questionnaires.* Kentville, Nova Scotia.

Greater Edmonton Foundation. (1996). *Proceedings: Supportive Housing for Seniors, Rising to the Challenge* (conference May 2-3 1996, Edmonton). Edmonton, Alberta.

Haldimand-Norfolk Elder Abuse Task Force, Adult Mental Health Services of Haldimand-Norfolk. (1996). Various task force materials. Hagersville, Ontario.

Halton Seniors Home Safety, Project Advisory Committee, Oakville-Trafalgar Memorial Hospital (Project Supervisor). (1996). *Halton Seniors' Home Safety Project Final Report.* Oakville, Ontario.

Headlines Theater Company. (1992). *This Is My Life?, Final Report, Parents and Aging Project.* Vancouver, B.C.

Health Canada. (1995). *Conceptual Framework New Horizons: Partners in Aging.*

(unpublished) Ottawa, Ontario.

Health Canada. (1993). *Conceptual Framework Seniors Community Programs*. (Unpublished) Ottawa, Ontario.

Kane, R.L. (1990). Introduction. In R.L. Kane, J.G. Evans, & D. MacFadyen (Eds.). *Improving the Health of Older People: A World View*. Oxford University Press. New York. pp. 341-345.

Kingston Sexual Assault Crisis Centre. (1995). *Quality Therapeutic Intervention for Senior Women Survivors of Sexual Assault Funding Approval Form.* Kingston, Ontario.

Leclerc, Gilles, Richard Lefrançois, Normand Poulin. (1992). *Viellissement actualisé et santé, rapport de recherche*. Université de Sherbrooke. Cited in Elixir. (1993). *Final Report, Savoir et Entraide pour un Viellissement Éclairé*. Sherbrooke, Quebec.

Les aînés(e)s de Jonquière. (1996). *Bilan d'étape, Centre d'information et de référence sur les médicaments chez les aîné(es)*. Prepared by Paul Girard. Jonquière, Quebec.

London InterCommunity Support Project. (1995). Various project materials. London, Ontario.

Meadowcroft Tenants Association. (1995). *Wellness in Meadowcroft*. Edmonton, Alberta.

Ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Association canadienne de l'industrie du médicament. (1993). *L'utilisation des médicaments chez les personnes agées.* Cited in Association québécoise pour la défense des droits des retraités-es et pré-retraités-es. (1995). *Final report: Projet Médic-Action*. Magog, Quebec.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (1992). *Politique de services à domicile pour personnes qui présentent des limitations d'activités et leur milieu respectif*, Quebec. Cited in Défi-Autonomie, *Action-Research Final Report*. Mont-Laurier, Quebec.

Morden Services for Seniors Meal Programs Committee. (1995). *Program Application and Form Interim Report.* Morden, Manitoba.

Native Seniors Centre. (1996). Money Management for Health and Wellness for Native Seniors Project various project materials. Edmonton, Alberta.

Network of Senior Ethnic Women. (1996). *Final Evaluation of Project Network of Senior Ethnic Women, Report of Conference*. Toronto, Ontario.

New Beginnings for Youth Inc. (1996). *Helping Hands...Community Tool Kit Funding Approval Form.* Nepean, Ontario.

New Brunswick Gerontology Association, Fredericton Chapter. (1994). *Seniors as Educators on Elder Abuse: Final Report, and program Application.* Fredericton, New Brunswick.

New Horizons Green Thumb Seniors. (1996). *The Green Thumb Program*. Prepared by Paul Allison. Victoria, British Columbia.

North West Territories Seniors Society. (1996). *Senior Public Service Announcements and Elder Abuse Workshops, 1995-1996) Final Project Report.* Yellowknife, North West Territories.

Older Women's Survival Project (OWLS) and Annette McCullough. (Forthcoming). *Guidebook for Facilitators of Support Groups for Older Women who are Survivors of Abuse*. Calgary, Alberta.

Older Women's Survival Project (OWLS) and Annette McCullough. (1995). *A Handbook for Older Women who have Survived Abuse* and various project materials. Calgary, Alberta.

One Voice: The Canadian Seniors Network. (1994). *Older Workers and Canada's Aging Labour Force: Research Report* and *Final Report and Recommendations*. Ottawa, Ontario.

Ottawa West Seniors Support Services. (1995). *Community Bridges Funding Approval Form and Highlights Report.* Ottawa, Ontario.

Pioneer Manor - Regional Municipality of Sudbury. (1996). *The Prescription Drug Utilization Project Executive Summary* and *Older Adults & Medications: Ask Questions. There may be alternatives...* (booklet). Sudbury, Ontario.

Prince Edward Island Association for Community Living (prepared by Christine Weatherbie). (1995). *Inform and Include - Seniors: A Prince Edward Island Study on Aging and Mental Disabilities*. Charlottetown, P.E.I.

Province of British Columbia. (1993). *New Directions for a Healthy British Columbia*. Crown Publication Inc. British Columbia. Cited in Caregivers Association of British Columbia. (1995). *Caregivers to Adults in BC Telephone Survey, Final Report*. Penticton, British Columbia.

RAISE Home Support service for the Elderly. (1996). *Funding Approval Form, RAISE Home Crisis Response.* Kitchener, Ontario.

Regional Continuing Care Services. (1996). *Project Proposal Outline and other project materials.*. Edmonton, Alberta.

Roadside Senior Citizens Club. (1995). *Application Form and Activity and Accounting Report.* Summerville, Bonavista Bay, Newfoundland.

Sandy Hill Community Health Centre. (1995). *Seniors Cooking Together Project Activity Report*. Ottawa, Ontario.

Saskatoon Council on Aging. (1995). *Isolation and Older Adults Project First Annual Report*. Saskatoon, Saskatchewan.

Schizophrenia Society of Saskatchewan. (1993). *Seeking Security - Now and in the Future: Guidelines for Estate Planning and Wills for Parents of Persons with Psychiatric Disabilities*. Regina, Saskatchewan.

Schizophrenia Society of Saskatchewan (prepared by Sandra Taylor-Owen). (1994). *Wills and Trusts Project: Evaluation of Project*. Regina, Saskatchewan.

Senior Advisory Council for the Region of Sudbury. (1994). *The Promotion of Seniors Well-Being Through the Development of the Councils on Aging Network of Ontario*. Sudbury, Ontario.

Senior Support Services. (1994). *An Interim Report, Seniors' Friendly Visitor Project*. Prepared by John B. Collins & Associates. Surrey, B.C.

Senior Support Services. (1995). *A Second -Year Interim Report, Seniors' Friendly Visitor Project*. Prepared by John B. Collins & Associates. Surrey, B.C.

Senior Support Services. (1995). *A First Year-End Report, Seniors' Friendly Visitor Project*. Prepared by John B. Collins & Associates. Surrey, B.C.

Senior Support Services. (1995). *Second Interim Report, Seniors' Friendly Visitor Project*. Prepared by John B. Collins & Associates. Surrey, B.C.

Seniors for Seniors Co-Op Inc. (1995). *Final Report (form) and application for Apello project*. Winnipeg, Manitoba.

Seniors Peer Support Advisory Board of Western Manitoba. (1995-1996). *Application Form and Proposal, Evaluation Report for Senior Peer support Training Program in Russell, Manitoba, Seniors Peer Support Training Programme Facilitator's Manual, Participants Manual*. Brandon, Manitoba.

Seniors Serving Seniors. (1996). *Evaluation Report, Senior Peer Counselling of Penticton Program*. Prepared by Pat May and Ann Reimer. Penticton, B.C.

Seniors' Education Centre, University of Regina. (1991). *Elder Abuse Prevention Project Phase I: Literature Review*. Regina, Saskatchewan.

Seniors' Organization Advancement Project, Alberta Council on Aging. (1995). Various project materials. Edmonton, Alberta.

Seniors' Education Centre, University of Regina. (1993). *Elder Abuse Prevention Project Phases Two, Three and Four* and *Elder Abuse Prevention Project Phase Five*. Regina, Saskatchewan.

Seniors' Education Centre, University of Regina, in cooperation with the Saskatchewan Indian Federated College and the Gabriel Dumont Insititute. (1994). *"Elder's Visions": The Saskatchewan Older Aboriginal Adults' Learning Needs Assessment Project - Phase One, Final Report*. Regina, Saskatchewan.

SHARE. (1996). Widow to Widow - New Beginnings Project various project materials. Kitchener, Ontario.

Southeast Regional College, Whitewood District Campus. (1995). *Seniors' Independence Project Report*. Whitewood, Saskatchewan.

Speakers Advocates and Group Educators for Seniors (S.A.G.E.S.) (1996). *Final Report, Project Overview, application form and other project material*. Winnipeg, Manitoba.

St. James Assiniboia Seniors Centre Inc. (1993-1996). *Application for Funds Grant Form; Background Information, Community Resources, Request for Extension, Newsletters*. Winnipeg, Manitoba.

St. John's Seniors Resource Centre. (1995). *Application Summary, Final Report for Co-Operative Action for Seniors; Evaluation of the Cooperative Action Program (prepared by Andy Rowe Consultants)*. St. John's, Newfoundland.

Statistics Canada. (1991). Selected Statistics for Census Subdivisions, 1991 Census - 100% Data. Cited in Caregivers Association of British Columbia. (1995). *Caregivers to Adults in BC Telephone Survey, Final Report*. Penticton, B.C.

Stone, R., Caffereta, G.L., and Sangl, J. (1987). *Caregivers of the Frail Elderly: A National Profile*. Paper presented at the annual meeting of the Gerontological Society of America, San Francisco, California. Cited in Caregivers Association of British Columbia. (1995). *Caregivers to Adults in BC Telephone Survey, Final Report*. Penticton, B.C.

Tamblyn, R. (1994). "Questionable Prescribing for Elderly Patients in Quebec", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 150, no 11, pp. 1801-1809, cited in Association québécoise pour la défense des droits des retraités-es et pré-retraités-es. (1995). *Final report: Projet Médic-Action*. Magog, Quebec.

The Four Villages Community Health Centre. (1994). Seniors Determining Seniors' Health

Project various project materials. Toronto, Ontario.

The Sandwich Generation Coalition (prepared by Lee Fleming and Janet Marshall). (1994). *Sandwich Generation Needs Assessment*. Charlottetown, P.E.I.

Veiner Centre Computer Club. (1994). Various project materials. Medicine Hat, Alberta.

Ventures in Independence Alberta/NWT. (1996). *Steady as You Go: A Guide for Seniors to Assess their Risks for Falling*. Edmonton, Alberta.

Victoria Order of Nurses Home Support Program. (1995-1996). *Start Right Here!! Guidelines for One-to-One Caregiver Support; Understanding Stress and the Family Caregiver: A Guide for Service Providers and their Families; Caregiver Helpline Notes; A Time for Me Participants' Handbook; A Time for Caregivers; Companion Manual*. Pembroke, Ontario.

Victorian Order of Nurses, Medicine Hat and District (now Alberta South). (1995). *Teeoda Lodge Adult Day Support Model Proposal*. Medicine Hat, Alberta.

Victorian Order of Nurses, Halton Branch. (No date). *Special Steps: A Walking/Visiting Program for Persons experiencing Alzheimer and/or Related Disorders* and other project materials. Oakville, Ontario.

Volunteer Resource Centre. (1993- 1995). *Seniors Peer Matching Service or The Joy of Friendship Final Report, The Friendly Visitor's Handbook, Program Impact Assessment, Proposal* and other project materials. Sydney, Nova Scotia.

Weaver, Lynda. (1994). *How to do Simple Program Evaluation on Seniors Health Promotion Programs(done as part of Dance/Movement Therapy Association of Ontario project)*. Ottawa, Ontario.

West Prince Seniors Committee. (1993). *Activity Levels of Seniors in West Prince: A Needs Survey* and other project materials. Alberton, Prince Edward Island.

Windsor Community Living Support Services. (1996). Social/Personal Integration of Seniors with Disabilities Transition Program various project materials. Windsor, Ontario.

Women's Health Clinic. (1993-1995). *Funding Proposal, four Progress Reports, Coming of Age:Images of Healthy Aging for Women (video), Information Sheets, Community Resource Directory, Content Manual, Final Report and Recommendations* (prepared by Madelyn Hall). Winnipeg, Manitoba.